

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REABILITAÇÃO
FUNCIONAL**

Luise Ferreira de Queiroz

**FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM
EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL
DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Luise Ferreira de Queiroz

**FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM
EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Reabilitação Funcional**

Orientadora: Prof^a Dr^a. Claudia Morais Trevisan

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Queiroz, Luise Ferreira de
Funcionalidade na Paralisia Cerebral: Abordagem
exploratória baseada na Classificação Internacional de
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / Luise Ferreira de
Queiroz.- 2017.
66 p.; 30 cm

Orientadora: Claudia Morais Trevisan
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Reabilitação Funcional, RS, 2017

1. Paralisia Cerebral 2. Crianças 3. Classificação
Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde I.
Trevisan, Claudia Morais II. Título.

2017

Todos os direitos autorais reservados a Luise Ferreira de Queiroz. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante citação da fonte.

Endereço: Rua Visconde de Pelotas, n. 1700, apt. 315, Bairro Nossa Senhora de Fátima, Santa Maria, RS. CEP: 97015-140

Fone (0xx)55 99681 6080; E-mail: luise_queirozmf@hotmail.com

Luise Ferreira de Queiroz

**FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM
EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
do Programa de Pós-Graduação em
Reabilitação Funcional, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Reabilitação Funcional

Aprovado em 14 de agosto de 2017:

Claudia Moraes Trevisan

Claudia Moraes Trevisan. Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

Miriam Cabrera Corvelo Delboni. Dra. (UFSM)

Juliana Saibt Martins

Juliana Saibt Martins. Dra. (UNIFRA)

Santa Maria, RS, Brasil
2017

DEDICATÓRIA

A meu pai, minha mãe e minha irmã, pela educação recebida, o exemplo de luta, o amor dedicado e o incentivo diário.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pelo auxílio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo e, de uma maneira especial, agradeço:

- aos meus pais Renato Queiroz, Glacires Queiroz e minha irmã Caroine Queiroz por todo amor verdadeiro e apoio em todos os momentos, por sempre acreditaram na minha capacidade e abdicaram de momentos de suas vidas para me proporcionarem o melhor. Todas as minhas conquistas são graças a eles e para eles;*
- ao meu marido Guilherme de Lima Domingues, pelo amor incondicional, a dedicação, o carinho, a paciência, a compreensão e pela força diária;*
- ao meu animal de estimação “Aika” que me trouxe alegria e tranquilidade nos momentos de cansaço e foi minha companheira nas horas de estudos;*
- à minha família por estar sempre torcendo por mim e pelas minhas conquistas;*
- à minha orientadora Claudia Morais Trevisan pela acolhida e oportunidade em estudar na área de Neurologia Infantil, pela confiança em mim depositada, e pela pessoa humana, incentivadora e dedicada, grata pela orientação;*
- às minhas colegas do Grupo de Estudos por me auxiliarem em diversas fases desta pesquisa e sempre estarem dispostas a sanar minhas dúvidas. Agradecimento especial às colegas Natiele Righi e Fabiane Kurtz que estiveram sempre ao meu lado;*
- à professora Miriam Cabrera Corvelo Delboni que fez parte da minha trajetória acadêmica e sempre esteve disposta a me ajudar. Obrigada pela amizade, esclarecimentos e amparo;*
- à banca examinadora, professora Miriam Delboni, Juliana Saibt e Fernando Copetti pela apreciação do trabalho final;*
- aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional por contribuírem de uma forma ou de outra pela conquista desse título;*
- aos colegas de Mestrado pela amizade, companheirismo e troca de experiências;*

- aos pais das crianças que participaram do estudo por aceitarem o convite e se disponibilizarem;

*Enfim a todos àqueles que fazem parte da minha vida e que são essenciais para eu ser, a cada dia
nessa longa jornada, um ser humano melhor.*

*A lei da mente é implacável.
O que você pensa, você cria;
O que você sente, você atrai;
O que você acredita
Torna-se realidade.*

(Buda)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional
Universidade Federal de Santa Maria

FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

AUTORA: Luise Ferreira de Queiroz
ORIENTADORA: Claudia Morais Trevisan

A Paralisia Cerebral (PC) é um distúrbio que compromete o desenvolvimento motor de crianças e ainda pode apresentar comprometimentos associados. Os déficits gerados pela PC podem levar a dificuldades na aquisição de habilidades e capacidades, bem como influenciar no desempenho de tarefas cotidianas. É importante uma compreensão mais ampla dos aspectos que influenciam na funcionalidade desses sujeitos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), busca ajudar a sistematizar a avaliação da funcionalidade, no entanto ainda não existem avaliações unificadas que contemplem todos os componentes da classificação, sendo necessário associar instrumentos para mensuração. Dessa forma, o estudo teve como objetivo investigar a associação de instrumentos para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, onde os participantes foram crianças/famílias com PC espástica bilateral e unilateral com idade entre 5 e 11 anos, 11 meses e 29 dias. Os participantes foram divididos quanto a distribuição topográfica em PC espástica bilateral e unilateral, em uma amostra por conveniência. Os dados foram coletados utilizando a Medida da Função Motora Grossa (GMFM), Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) e Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com Paralisia Cerebral (CP QOL-CP). Estes foram submetidos a estatística descritiva e estão apresentados em média e desvio padrão. Participaram do estudo 19 crianças/famílias ao total, sendo 10 com PC unilateral e 9 com PC bilateral. Os resultados mostraram que na GMFM a pontuação total foi a mesma para PC bilateral e unilateral. No PEDI as crianças com PC bilateral alcançaram escores maiores na parte de habilidades funcionais e escores inferiores na parte de assistência do cuidador. O CP QOL-CP evidenciou melhor qualidade de vida nas crianças com PC bilateral. Conclui-se que a combinação dos instrumentos foi capaz de avaliar a funcionalidade das crianças no componente atividade e participação da CIF, visto que foram contempladas todas as áreas contidas no referido componente e foi possível ter uma melhor compreensão das capacidades e desempenho em situações de vida.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral. Crianças. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Postgraduate Program in Functional Rehabilitation
Federal University of Santa Maria

FUNCTIONALITY IN CEREBRAL PALSY: EXPLORATORY APPROACH BASED ON INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONALITY, DISABILITY AND HEALTH

AUTHOR: Luise Ferreira De Queiroz
ADVISOR: Claudia Morais Trevisan

The Cerebral Palsy (CP) is a disorder that compromises children's motor development and also can present associated impairments. The deficits generated by CP can hinder the acquisition of skills and abilities, as well as influence the performance of ordinary tasks. It is important a wider comprehension of the aspects that influence the functionality of these subjects. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), aims to help to systematize the evaluation of functionality, however there are no evaluations unified that contemplate all the components of classification, making necessary associate instruments to measure. This way, the study aimed to investigate the association of instruments to evaluate the functionality of children with CP in the activity and participation component of ICF. This was a exploratory descriptive study, where the participants were children/families with bilateral and unilateral spastic CP with ages between 5 and 11 years old, 11 months and 29 days. The participants were divided by topographic division in spastic bilateral and unilateral CP, in a sample by convenience. The data were collected using the Gross Motor Function Measure (GMFM), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) and Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire (CP QOL-CP). Data were analyzed using descriptive statistics and are presented in rate and pattern deviation. 19 children/families in total, participated of the study, being 10 with unilateral CP and 9 with bilateral CP. The results demonstrated that in GMFM the total score was the same in bilateral and unilateral CP. In PEDI the children with bilateral CP reach the higher scores in part of the functional abilities and lower scores in the assistance of the caring part. The CP QOL-CP showed better quality of living in children with bilateral CP. It can be concluded that the combination of instruments was able to evaluate the functionality of children in the activity component and participation of the ICF, considering that were contemplated with all the areas contained in the referred component and it was possible to have a better comprehension of capabilities and performance in situations of living.

Keywords: Cerebral Palsy. Children. International Classification of Functioning, Disability and Health.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 - Caracterização do grupo de estudo quanto à sexo, idade e nível de comprometimento (GMFCS).....	23
Tabela 2 - Análise descritiva dos dados percentuais na GMFM, por distribuição topográfica na PC.....	24
Tabela 3 - Análise descritiva dos dados contínuos do PEDI, por distribuição topográfica na PC.....	26
Tabela 4 - Análise descritiva dos dados percentuais do CP QOL-CP, por distribuição topográfica na PC.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CP QOL-CP	Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com Paralisia Cerebral
GMFCS	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
GMFM	Medida da Função Motora Grossa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Paralisia Cerebral
PEDI	Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS).....	37
ANEXO B - Medida da Função Motora Grossa (GMFM).....	43
ANEXO C - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI).....	48
ANEXO D - Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com Paralisia Cerebral (CP QOL-CP).....	54
ANEXO E - Normas da revista.....	61

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de Identificação da Criança e seu Responsável.....	65
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ARTIGO CIENTÍFICO – FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	17
Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
Métodos.....	20
Resultados e Discussão	23
Conclusão.....	30
Referências Bibliográficas	31
3 CONCLUSÃO GERAL	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	37
APÊNDICE	65

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de pessoas com alguma deficiência alcança em torno de 10% da população, constituindo-se questão de saúde pública (BRASILEIRO et al., 2009). No Brasil, chega a 7,5% a prevalência de crianças entre 0 e 14 anos com algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). Os agravos causados por esta podem levar a implicações na saúde e no desenvolvimento integral (MONTEIRO et al., 2012).

Um dos principais acometimentos da infância causadores de incapacidade motora e limitação funcional é a Paralisia Cerebral (PC). Esse distúrbio crônico e não progressivo que lesiona o sistema nervoso central imaturo (BARBOSA et al., 2012), causa comprometimentos musculoesqueléticos e como consequência, alterações na biomecânica corporal, postura, movimentos e tonicidade (VASCONCELOS et al., 2009). Embora a principal característica da PC seja o déficit motor, associado a isso, a criança ainda pode apresentar déficits cognitivo, sensorial, de comunicação, percepção e comportamento.

A PC pode ser classificada de acordo com as características clínicas em espástica, discinética e atáxica. A PC espástica, objeto de pesquisa deste estudo, é a mais prevalente e caracteriza-se pela presença de tônus elevado ocasionada por uma lesão no sistema piramidal (BRASIL, 2013). Para a distribuição topográfica na PC utiliza-se a distinção do envolvimento motor em bilateral e unilateral (ROSENBAUM et al., 2007). A PC espástica bilateral engloba as anteriormente classificadas como diplegias, triplegias, quadriplegias, tetraplegias e com dupla hemiplegia, já a PC espástica unilateral considera as classificadas anteriormente em monoplegias e hemiplegias (BRASIL, 2013).

Em decorrência da PC acontecer em um momento crucial e de ritmo acelerado do desenvolvimento, há o comprometimento na aquisição de habilidades e como consequência acometimentos na função. Assim, ocorre limitação funcional nas atividades de vida diária e na participação e envolvimento em tarefas cotidianas, domiciliares e sociais (CALLEY et al., 2012). As áreas de autocuidado (alimentação, higiene, vestuário, etc), mobilidade e participação social (frequentar escola, brincar, entre outros) são algumas das áreas comprometidas devido aos acometimentos, levando à necessidade de assistência de um cuidador e afetando a qualidade de vida.

Mensurar o impacto que a PC ocasiona na vida da criança e de sua família tem sido um desafio para os profissionais de reabilitação (BRASILEIRO et al., 2009), uma vez que as características do contexto físico e social são um fator determinante para a funcionalidade.

Tradicionalmente, as avaliações e tratamentos voltados aos pacientes com alterações neurológicas enfocavam, sobretudo, a doença. Estes objetivos ainda são importantes na intervenção com esses sujeitos, entretanto, não somente a doença constitui-se alvo de estudos na área da reabilitação (BRASILEIRO; MOREIRA; JORGE, 2009). A necessidade de considerar o desempenho funcional, direcionou o olhar para uma nova condição, a de saúde-doença. Nessa perspectiva, os fatores contextuais do sujeito, são considerados um fato influenciador ao se tratar da funcionalidade (LIPTAK; ACCARDO, 2004). Por mais rica que seja a herança genética que a criança herdou de seus pais, uma maior autonomia na vida diária propiciada pelo cuidador primário, a influência do meio social e a vivência emocional da criança são fatores determinantes para o desenvolvimento (MONTEIRO et al., 2012).

Dessa forma, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), compreendida pela abordagem biopsicossocial, vem a contribuir para a compreensão dos fatores intrínsecos e extrínsecos que vão influenciar na funcionalidade das crianças com PC (SCHIARITI; MÂSSE, 2014a), pois ela entende que todos os aspectos da vida do sujeito são determinantes. A CIF coloca as noções de saúde e incapacidade sob um novo olhar, reconhecendo que todo ser humano pode vivenciar uma perda ou diminuição na sua saúde e experimentar alguma incapacidade (OMS, 2002). Agora o foco não está mais na causa da condição de saúde, mas sim no impacto dessa.

A classificação define os domínios de saúde e os domínios relacionados à saúde através de seus componentes: estrutura e função do corpo; atividade e participação; fatores contextuais; descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade (OMS, 2013). No componente atividade e participação, área de pesquisa deste estudo, as perspectivas individuais e sociais indicam os aspectos da funcionalidade através da classificação das áreas da aprendizagem, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, relacionamentos interpessoais, vida comunitária, entre outras áreas (OMS, 2004).

Neste componente da CIF tem-se dois constructos: capacidade e desempenho. O primeiro descreve a aptidão do indivíduo para realizar tarefas ou ações em um ambiente padrão, indica o provável nível máximo de funcionalidade do indivíduo em um determinado momento (OMS, 2013). Já o desempenho, descreve o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual de vida e envolve sua situação social cotidiana. Estes constructos, quando apontados como aspectos negativos, ou seja, com problemas na maneira como são realizadas as funções, são chamados de “limitação da capacidade” e “restrição do desempenho”. Ao avaliar a limitação da capacidade e a restrição do desempenho, podem ser notadas discordâncias, de maneira que a capacidade observada e o desempenho relatado não estejam em consenso (OMS, 2004).

Contudo, o sucesso terapêutico em reabilitação depende da compreensão sobre a relação entre as deficiências em estruturas e funções do corpo, das limitações e restrições nas atividades e participação, bem como dos fatores contextuais para o planejamento terapêutico (STUCKI, 2005). Ter uma compreensão mais ampla dos aspectos que influenciam a funcionalidade de crianças com PC, bem como seu desempenho e capacidade nas atividades e participação, são importantes para o planejamento de intervenções eficazes (SCHIARITI; MÂSSE, 2014b).

Com o propósito de tornar a abordagem biopsicossocial utilizada na prática clínica, devem ser priorizadas avaliações que utilizem instrumentos baseados na CIF (OMS, 2013). No entanto, ainda não existem avaliações unificadas para serem utilizadas que contemplem cada domínio, tampouco uma avaliação que consiga abranger todos os aspectos da condição de saúde como consta na classificação. Assim, pode ser adequado utilizar múltiplas fontes de dados para uma avaliação com base no modelo da CIF (OMS, 2013).

A combinação de instrumentos validados pode ser uma maneira de tornar o modelo da CIF e a abordagem biopsicossocial utilizados em serviços de reabilitação. Dessa forma, o estudo se propôs a investigar a associação de instrumentos para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF. Além disso, os objetivos específicos foram: - verificar as atividades e capacidades da função motora; - identificar o desempenho na participação de tarefas cotidianas; - analisar o desempenho relacionado à qualidade de vida.

O desenvolvimento desta dissertação, incluindo métodos, resultados e discussão, está apresentado na forma de artigo científico no Capítulo 2. Este encontra-se formatado de acordo com as normas para publicação na revista Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, para posterior submissão.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

FUNCIONALIDADE NA PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM EXPLORATÓRIA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Luise Ferreira de Queiroz, Claudia Morais Trevisan

RESUMO

Introdução: Os déficits gerados pela Paralisia Cerebral (PC) podem levar ao comprometimento das capacidades e desempenho, influenciando na funcionalidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma estrutura que busca sistematizar a avaliação, porém ainda não existem ferramentas unificadas que contemplem todos os componentes da CIF. **Objetivo:** Investigar a associação de instrumentos para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo, cujo grupo de estudo por conveniência foi formado por crianças/famílias com PC espástica bilateral e unilateral. Os dados foram coletados utilizando a Medida de Função Motora Grossa (GMFM), Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) e Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com PC (CP QOL-CP). **Resultados:** Participaram do estudo 10 crianças/famílias com PC unilateral e 9 com PC bilateral. Na GMFM a pontuação total foi a mesma para PC bilateral e unilateral. No PEDI as crianças com PC bilateral alcançaram escores maiores na parte de habilidades funcionais e escores inferiores na parte de assistência do cuidador. O CP QOL-CP evidenciou melhor qualidade de vida nas crianças com PC bilateral. **Conclusão:** A distribuição topográfica da PC não foi determinante para definir a funcionalidade. Os fatores contextuais (físico, social e atitudinal) manifestaram influência substancial, pois condições físicas dos ambientes e atitudes dos cuidadores apareceram como aspectos principais. Os instrumentos mostraram-se eficientes na avaliação do componente atividade e participação, ao fornecer uma melhor compreensão das capacidades e desempenho em situações de vida.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral, Crianças, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

FUNCTIONALITY IN CEREBRAL PALSY: EXPLORATORY APPROACH BASED ON INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONALITY, DISABILITY AND HEALTH

Luise Ferreira de Queiroz, Claudia Morais Trevisan

ABSTRACT

Introduction: The disabilities generated by Cerebral Palsy (CP) can compromise the abilities and performance, affecting the functionality. The International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) is a structure that searches to order the evaluation, but there aren't yet unified tools that contemplate all the ICF components. **Aim:** Investigate the association of instruments to evaluate the functionality of children with CP in the activity and participation component of ICF. **Methods:** exploratory descriptive study, which the study group by convenience was formed by children/families with CP bilateral and unilateral spastic. The data were collected using the Gross Motor Function Measure (GMFM), Paediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) and Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire (CP QOL-CP). **Results:** Participated of the study 10 children/families with unilateral CP and 9 with bilateral CP. In the GMFM the total score was the same in bilateral and unilateral CP. In PEDI the children with bilateral CP reach the higher scores in part of the functional abilities and lower scores in the assistance of the caring part. In the PEDI the children with bilateral CP reach the higher scores in of functional abilities and lower scores in the assistance of the caring. CP QOL-CP showed better quality of living in children with bilateral CP. **Conclusion:** The topographic distribution of the CP was not determining to define the functionality. The context factors (physical, social and attitudinal) manifested substantial influence, because environment physical conditions and attitudes of the caring showed as main aspects. The instruments showed it selves efficient in the evaluation of the activity and participation component, when provides a better comprehension of the skills and performance in living situations.

Keywords: Cerebral Palsy, Children, International Classification of Functionality, Disability and Health

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição permanente que compromete não só o desenvolvimento motor de crianças, mas também se associa com uma vasta gama de comprometimentos não motores, como sensação, percepção, cognição, comportamento e comunicação, além de problemas musculoesqueléticos secundários (SCHiariti; MÂsse, 2014). Os déficits causados pela PC podem influenciar na aquisição de habilidades motoras, nas capacidades funcionais e no desempenho de atividades de vida diária, levando ao comprometimento na execução de tarefas cotidianas e podendo afetar a funcionalidade dos sujeitos acometidos (Souza; Alpino, 2015).

Existem classificações para a PC de acordo com as características clínicas mais dominantes, como espástica, discinética e atáxica. Para determinar a distribuição anatômica da PC, tem-se utilizado atualmente a diferenciação do envolvimento motor em bilateral e unilateral (Rosenbaum et al., 2007). Entretanto, com tantas formas de apresentação do quadro clínico da PC, principalmente quanto aos tipos de alterações, os perfis de funcionalidade se manifestam de forma individual e são influenciados pelos fatores contextuais.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), compreendida pela abordagem biopsicossocial, vem a contribuir para a compreensão dos fatores intrínsecos e extrínsecos que vão influenciar na funcionalidade de crianças com PC (SCHiariti; MÂsse, 2014). A CIF classifica a saúde e os domínios relacionados à saúde em componentes de funções e estruturas do corpo, atividades e participação, além de fatores contextuais (OMS, 2004).

A classificação descreve a saúde como um fenômeno multifatorial, entendendo que essa condição e as características do ambiente físico, social e atitudinal em que a pessoa habita e têm suas trocas interpessoais, vão influenciar nos processos de incapacidade e funcionalidade (OMS, 2002). O componente atividade e participação da CIF fornece informações sobre aspectos importantes das capacidades (o que a criança faz em ambiente padrão) e desempenho (o que a criança faz em seu ambiente real), visto que este componente da CIF considera as perspectivas individuais e sociais da funcionalidade através das áreas de aprendizagem, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, relacionamentos interpessoais, vida comunitária, entre outras áreas vitais (OMS, 2004).

Com base em tais aspectos, enfoques metodológicos com o propósito de tornar o modelo da CIF adequado para a prática clínica devem ser desenvolvidos a fim de possibilitar que a abordagem biopsicossocial seja utilizada na reabilitação (Andrade; Ferreira; Haase, 2011). Confirma-se a necessidade de se realizar avaliações mais abrangentes na PC, que

propiciem maior conhecimento das habilidades, capacidades e desempenho funcional da criança, além de levar em consideração o envolvimento nos diferentes contextos de vida (SOUZA; ALPINO, 2015).

Para Dorneles et al. (2014), a classificação serve de guia importante para a seleção de instrumentos de mensuração que irão auxiliar na definição de metas para o tratamento e na determinação de resultados significativos. O modelo da CIF pode ser implementado através da utilização de instrumentos previamente validados para a avaliação de domínios específicos da classificação (ANDRADE; HAASE; FERREIRA, 2012). No entanto, nem sempre é possível ter modelos unificados de avaliação que agregam todos os aspectos que devem ser considerados para uma avaliação da funcionalidade sob a abordagem biopsicossocial (BRASILEIRO et al., 2009).

A combinação de instrumentos pode ser uma estratégia para a avaliação biopsicossocial, uma vez que avaliações que não são fundamentadas no modelo da CIF podem fragmentar os procedimentos e gerar observações baseadas no modelo biomédico (ANDRADE; HAASE; FERREIRA, 2012). Torna-se importante obter uma avaliação global, pressupondo uma concepção de saúde ampliada. Assim, o objetivo do estudo foi investigar a associação de instrumentos para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo exploratório descritivo, do qual fizeram parte 19 crianças/famílias com PC espástica idade entre 5 e 11 anos, 11 meses e 29 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Foram incluídas crianças com PC espástica nos níveis I ou II do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Como critérios de exclusão, não fizeram parte crianças que tivessem realizado cirurgia ortopédica em membros inferiores, superiores e/ou aplicação de toxina botulínica nos últimos seis meses e que apresentassem distúrbios associados diagnosticados (deficiência intelectual e sensoriais graves) que comprometessem a participação na pesquisa.

As crianças foram recrutadas a partir de uma busca ativa na rede municipal e estadual de educação de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. A amostra se deu por conveniência onde as crianças foram divididas de acordo com a distribuição topográfica da deficiência, sendo 10 crianças com PC espástica unilateral e 9 com PC espástica bilateral.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob número de protocolo 1.597.091. Os pais ou responsáveis consentiram com a participação no estudo e as crianças assinaram o Termo de Assentimento.

Procedimentos

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), ampliado e revisto, traduzido para a população brasileira por Silva, Pfeifer e Funayama (2010), foi usado como critério de inclusão do estudo. Este caracteriza-se como uma classificação ordinal de cinco níveis que retrata, em ordem decrescente, o nível de independência e habilidade funcional das crianças com PC (HIRATUKA; MATSUKURA; PFEIFER, 2010), sendo o nível I andar sem limitações, nível II andar com limitações, nível III andar utilizando um dispositivo manual de mobilidade, nível IV auto mobilidade com limitações, pode utilizar mobilidade motorizada e, nível V transportado em uma cadeira de rodas manual. É realizado pela observação do deslocamento do participante e a faixa etária do instrumento corresponde entre zero e 18 anos.

A ficha de identificação da criança e seu responsável caracterizou a amostra quanto a idade, escolaridade, topografia, medicações e dados do responsável. O PEDI e o CP QOL-CP foram respondidos pelos pais ou responsáveis da criança. A mensuração da função motora grossa foi realizada através da GMFM a partir da observação das pesquisadoras. O índice de confiança intra e inter-avaliadores foi Kappa=1.0.

Instrumentos de avaliação

A escolha dos instrumentos para compor a avaliação foi baseada em uma revisão na literatura, identificando as ferramentas mais utilizadas e consolidadas que mensurassem a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF (SCHIARITI et al., 2013).

A Medida da Função Motora Grossa (GMFM), traduzida e validada para a população brasileira por Cyrillo e Galvão (2011), foi utilizada para avaliar as capacidades funcionais das crianças. A faixa etária da medida é de cinco meses a 16 anos. Esta foi pontuada a partir da observação das pesquisadoras baseada no melhor desempenho de no máximo, três tentativas. Este instrumento é composto por 88 itens divididos em cinco dimensões: deitar e rolar; sentar; engatinhar e ajoelhar; ficar em pé; andar correr e pular; nas quais a atividade funcional da criança é avaliada em diversas tarefas (CYRILLO; GALVÃO, 2015). O escore (0) corresponde a não inicia, (1) inicia, (2) completa parcialmente e (3) completa. Estes, são calculados em cada

atividade e posteriormente é realizado o cálculo das pontuações percentuais de cada dimensão. As médias destes valores geram a pontuação total do instrumento.

O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), traduzido e validado para a população brasileira por Mancini (2005), foi utilizado para avaliar o desempenho das crianças na participação de tarefas cotidianas. O teste é constituído de três partes: a primeira avalia as habilidades funcionais da criança e é pontuado com (0) para incapacidade de desempenhar a atividade e (1) para capacidade de desempenho; a segunda parte mensura a independência da criança para realizar tarefas funcionais, ou seja, a necessidade de assistência do cuidador a criança requer, sendo a pontuação obtida por meio de uma escala de cinco pontos, onde 5 corresponde à independência, 4 supervisão, 3 assistência mínima, 2 assistência moderada e 1 assistência máxima; já a terceira parte informa sobre as modificações do ambiente físico necessárias, pontuada em uma escala nominal de (N) nenhuma modificação, (C) modificação centrada na criança, (R) modificação de reabilitação e (E) modificação extensiva. As três partes do instrumento consideram as áreas de autocuidado, mobilidade e função social. Nesse estudo, foi considerada para análise somente a primeira e segunda parte do instrumento (PAVÃO et al., 2014). A faixa etária do teste corresponde entre seis meses e 7,5 anos de idade, podendo ser utilizado em crianças com idade superior ao limite indicado, desde que o desempenho funcional esteja dentro desta faixa etária (MANCINI, 2005), o que se aplicou a este estudo. A interpretação dos dados obtidos com o PEDI é realizada através da transformação dos escores brutos em escores padronizados normativos e escores padronizados contínuos. Nessa pesquisa, devido a faixa etária, os resultados foram analisados somente através dos escores padronizados contínuos.

O Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com Paralisia Cerebral (CP QOL-CP), versão questionário do cuidador primário, traduzido e validado para a população brasileira por Braccialli et al. (2013), avaliou o desempenho das crianças na participação de tarefas cotidianas. Esse instrumento avalia a percepção dos pais quanto a qualidade de vida das crianças de 4 a 12 anos em sete domínios de qualidade de vida, incluindo bem-estar social e aceitação, funcionalidade, participação e saúde física, bem-estar emocional e autoestima, acesso a serviços, dor e impacto da deficiência e saúde da família (DAVIS et al., 2010). O CP QOL-CP é pontuado com uma escala de nove pontos, sendo o escore mínimo (1) muito triste/não fica chateado/não sente desconforto/não se sente preocupado e máximo (9) muito feliz/muito chateado/muito desconforto/muito preocupado. Apenas na questão 47 a pontuação é obtida em uma escala de cinco pontos, que consiste em (1) nunca, (2) raramente, (3) às vezes, (4) quase sempre e (5) sempre. São realizados os cálculos das médias para cada domínio.

Utilizou-se dois instrumentos para avaliar o desempenho das crianças por considerar que apenas um deles não contemplaria todos os aspectos considerados no componente atividade e participação da CIF. Os resultados dos instrumentos GMFM e CP QOL-CP estão expostos em porcentagem e PEDI em escore contínuo. Foi realizada estatística descritiva dos dados e estes estão apresentados em média e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão discutidos os resultados das investigações dos instrumentos GMFM, PEDI e CP QOL-CP de acordo com o componente atividade e participação da CIF.

Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas das crianças avaliadas e a classificação da mobilidade no GMFCS.

Tabela 1. Caracterização do grupo de estudo quanto à sexo, idade e nível de comprometimento (GMFCS).

Grupo	n	Sexo		Idade Média (DP)	GMFCS	
		Masc n (%)	Fem n (%)		I n (%)	II n (%)
PC Unilateral	10	7 (70)	3 (30)	8,3 (2,26)	6 (60)	4 (40)
PC Bilateral	9	5 (55,55)	4 (44,44)	9,1 (1,83)	4 (44,44)	5 (55,55)

Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa.

PC= Paralisia Cerebral; DP= Desvio Padrão; GMFCS= Classificação da Função Motora Grossa; n= número amostral.

Nesta pesquisa o grupo de estudo teve maior número de crianças do sexo masculino, tanto entre as crianças com PC bilateral como unilateral, concordando com diversos outros estudos (ANDRADE; HAASE; FERREIRA, 2012; VASCONCELOS et al., 2009; BJORNSON et al., 2013; CALLEY et al., 2012; CAMARGOS et al., 2012). No momento da avaliação os participantes não utilizavam órteses e todos frequentavam escolas regulares.

Na tabela abaixo (Tabela 2) encontram-se os resultados em porcentagem referentes a função motora ampla na GMFM.

Tabela 2. Análise descritiva dos dados percentuais na GMFM, por distribuição topográfica na PC.

Grupo	Dimensão A Média	Dimensão B Média	Dimensão C Média (DP)	Dimensão D Média (DP)	Dimensão E Média (DP)	Total Média (DP)
PC Unilateral	100	100	98 (0,05)	91,79 (0,07)	92 (0,07)	96 (0,03)
PC Bilateral	100	100	100	95,44 (0,04)	86,42 (0,13)	96 (0,03)

Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa.

PC= Paralisia Cerebral; DP= Desvio Padrão

Os dados coletados através da GMFM apontaram que apenas nas dimensões C (engatinhar e ajoelhar), D (ficar em pé) e E (andar, correr e pular) a função motora grossa mostrou-se diferente entre as crianças.

Se tratando da dimensão C, o resultado pode se justificar, pois a posição de quatro apoios não é bem executada por crianças com PC unilateral devido ao dimídio comprometido que restringe o posicionamento nessa postura. Essas crianças apresentam maior dificuldade para engatinhar sobre as mãos e joelhos, no entanto aprendem a locomover-se sentadas, utilizando o membro não acometido e arrastando o lado afetado (BOBATH, 1979).

Na dimensão D que avalia as posições do sentado para em pé, considerando a posição de joelhos, as crianças com PC unilateral também tiveram menor média. Esse resultado concorda com o fato de que essas crianças precisam do auxílio/apoio do lado comprometido para executar os movimentos, do mesmo modo que ocorre na dimensão C quando a criança se puxa com o membro preservado para se locomover sentada. No geral, as crianças com PC apresentam dificuldade no controle do corpo no espaço, em prever ajustes antecipatórios para realizar atividades e pouca coordenação, fazendo com que tenham mais dificuldade para se adaptar ao realizar atividades cotidianas (PAVÃO et al., 2014).

Os resultados referentes à dimensão E apontaram que as crianças com PC bilateral obtiveram menor média. Essas crianças apresentam maior comprometimento em membros inferiores em relação as crianças com PC unilateral, na qual compensam o movimento com o lado sadio. Na PC bilateral os sujeitos apresentam insuficiência da capacidade de controle postural e funções motoras alteradas, evidentes durante tarefas de caminhada e velocidade (MARTINS; FERNANDES; FERREIRA, 2015).

Os achados de Souza e Alpino (2015), ao investigarem a funcionalidade de crianças com PC bilateral, evidenciaram que manter determinada postura ou mudar a posição do corpo e andar são atividades que apresentaram certa limitação, visto que, essas habilidades exigem maior controle postural e motor. Calley et al. (2012), quando compararam crianças com PC

espástica bilateral e crianças típicas, também encontraram menores pontuações na tarefa de andar, através do teste de caminhada de seis minutos, concluindo que as crianças com PC espástica bilateral experimentam maiores limitações em distâncias mais longas quando comparadas com crianças típicas.

A GMFM evidenciou as limitações de capacidade vividas pelas crianças na área de mobilidade, de modo que o comprometimento motor está intimamente relacionado com o desempenho funcional, que por sua vez sofre influências do ambiente, especialmente apoio social e acesso físico. As crianças com PC geralmente apresentam distúrbios do movimento e limitações de capacidade, no entanto verificou-se que as crianças do estudo apresentaram diferenças apenas em três dimensões, fato que não influenciou na pontuação total da medida, visto que essa foi a mesma para PC bilateral e unilateral. É importante ressaltar que esses dados podem ter sido influenciados pelo fato de as avaliações terem ocorrido em ambiente padrão, e não no ambiente natural das crianças. Além disso, vale destacar novamente que as crianças eram todas classificadas nos níveis I ou II do GMFCS e caminhavam independentemente, sem a utilização de dispositivo manual. Esse fato é consistente com o estudo de Lepage, Noreau e Bernard (1998), que encontraram inferior participação em atividades de vida diária em crianças que utilizavam dispositivos de mobilidade assistida quando comparadas com crianças que caminhavam independentemente

Na literatura que preconiza a abordagem biopsicossocial, já é consenso que as possibilidades funcionais da criança com PC sofrem influência de fatores intrínsecos a condição de saúde e fatores extrínsecos ligados ao ambiente (BRASILEIRO; MOREIRA; JORGE, 2009). O comprometimento motor e os fatores ambientais estão interligados, de modo que o meio em que a criança vive e lugares que frequenta, podem constituir-se como barreiras, levando a restrição de sua participação e envolvimento em atividades sociais e significativas (SOUZA; ALPINO, 2015), ou como facilitadores promovendo sua independência e autonomia. As condições de moradia, em alguns casos, podem restringir muito mais do que promover a função de locomoção, por exemplo (PAVÃO; SILVA; ROCHA, 2011), e esse impacto pode influenciar diretamente em todo o contexto de vida dessas crianças.

Na tabela seguinte (Tabela 3) estão apresentados em escores contínuos os resultados obtidos pelos participantes na avaliação do PEDI.

Tabela 3. Análise descritiva dos escores contínuos do PEDI, por distribuição topográfica na PC.

Grupo	Habilidades Funcionais			Assistência Cuidador		
	Autocuidado	Mobilidade	Função Social	Autocuidado	Mobilidade	Função Social
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
PC Unilateral	74,97 (13,54)	63,39 (5,40)	84,29 (13,31)	76,10 (12,72)	83,78 (14,49)	86,92 (19,17)
PC Bilateral	85,30 (16,42)	66,13 (5,10)	77,85 (21,00)	82,46 (18,83)	82,46 (14,43)	73,81 (23,60)

Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa.

PC= Paralisia Cerebral; DP= Desvio Padrão

As crianças com PC unilateral obtiveram menores escores na área de autocuidado, tanto na parte de habilidades funcionais quanto na assistência do cuidador. Esse achado pode ser justificado devido ao fato de que as atividades de autocuidado, em sua maior parte, necessitem do uso das duas mãos para serem realizadas. Fontes, Moura e Haase (2014), relatam que em tarefas bimanuais, as crianças com PC unilateral apresentam dificuldade em envolver o lado hemiparético como suporte para o lado contralateral. O dado sugere que essas crianças desprezam o membro comprometido por serem incapazes de utilizá-lo para uso espontâneo em atividades de vida diária, tornando o membro passivo e não funcional.

O fato de as crianças com PC unilateral terem apresentado maior dependência na área de autocuidado pode estar relacionado também com o resultado encontrado na GMFM na dimensão D, quando elas obtiveram resultados inferiores na posição em pé. As atividades de autocuidado como banho, escovação de dentes, troca de roupas e pentear os cabelos são atividades habitualmente realizadas em ortostatismo. Pavão et al. (2014), confirmam esse fato ao falarem que a realização de atividades de autocuidado requer alcance e manipulação de objetos, colocando o centro de pressão em movimento e gerando instabilidade.

Na área de mobilidade, as crianças com PC bilateral tiveram maior escore nas habilidades funcionais, entretanto apresentaram maior grau de dependência em relação a seus cuidadores. Esse resultado pode representar que essas crianças recebem mais ajuda do que realmente necessitam, de modo que a postura do cuidador pode limitar a independência devido ao tamanho da assistência prestada. As características da família/cuidadores podem apresentar aspectos de proteção, que irão refletir no desempenho de tarefas diárias. A CIF menciona que familiares, responsáveis ou cuidadores podem tornar-se barreiras ou facilitadores e causar influência na funcionalidade da criança de acordo com as atitudes que tomam (OMS, 2013).

Para Oliveira, Matsukura e Mancini (2015), o nível relativamente maior de auxílio dos cuidadores em tarefas funcionais propicia uma expectativa inferior nas habilidades de atividades cotidianas, limitando o desempenho, o aprimoramento e conseqüentemente o desenvolvimento da criança. A postura dos cuidadores diante das atividades do cotidiano das crianças representa muitas vezes a educação parental, a relação com a criança, rotina, personalidade, enfretamento da situação que foi imposta e a maneira como é conduzida. Além disso, as informações da escala de assistência do cuidador no PEDI, podem ser influenciadas por expectativas e atitudes do cuidador quando se trata das habilidades funcionais da criança (OLIVEIRA; MATSUKURA; MANCINI, 2015).

Esse resultado também pode ser analisado sob outro olhar, ao levar em consideração que as condições físicas dos ambientes em que essas crianças vivem podem ter restringido o desempenho, de modo a esclarecer essa necessidade de assistência. Kleiner et al. (2015), ressaltam que os efeitos observados no ambiente sugerem que a mobilidade funcional de crianças com PC depende do contexto ambiental em que conduzem suas vidas.

Contudo, tanto a postura do cuidador como as condições do ambiente podem ter causado efeito nas respostas do PEDI. Esses fatores são claramente influenciadores da participação e envolvimento em situações de vida, acarretando em dificuldades da criança se engajar em atividades sociais e produtivas independentemente. Esse dado referente a área de mobilidade no PEDI está em acordo com o achado na GMFM dimensão E, quando demonstrou que em atividades de caminhada as crianças com PC bilateral apresentaram maior comprometimento.

Ao tornar-se mais dependente de seu cuidador em diversas tarefas, entre elas a mobilidade, a criança acaba por ser restringida na sua capacidade de explorar o ambiente e de estabelecer vínculos sociais com outras pessoas (PAVÃO et al., 2014). Tal acontecimento, pode ser atribuído aos achados desse estudo, que assim como na mobilidade, as crianças com PC bilateral também obtiveram menores escores na parte de assistência do cuidador na área de função social, além da parte de habilidades funcionais.

O ambiente escolar é um dos locais em que as crianças experimentam maior grau de comprometimento da função social, uma vez que restrições na participação em jogos e brincadeiras podem ser prejudicados por questões motoras, habilidades de mobilidade e cognitivas. A interação com outras crianças torna-se deficitária, diminuindo o envolvimento em atividades de ensino e recreação, levando ao isolamento. Essas crianças frequentemente requerem maior assistência do professor no desempenho de tarefas físicas e cognitivas (SOUZA et al., 2011).

Semelhante às dificuldades do ambiente escolar, a função comunitária também é um aspecto que irá predizer sobre as habilidades sociais de crianças com PC. As relações interpessoais, interação com outras crianças e adultos, assim como o enfrentamento na resolução de problemas tornam o sujeito socialmente engajado e emponderado. Quando não há essa participação social, a criança torna-se mais retraída e dependente de seus cuidadores em momentos básicos de trocas interpessoais, que irão levar a diversos outros problemas no cotidiano. Voorman et al. (2009), relatam que problemas de comportamento estão fortemente associados a falta de participação social.

Por fim, os dados da qualidade de vida estão apresentados na Tabela 4, onde observa-se em porcentagem os dados obtidos com o CP QOL-CP nos sete domínios de avaliação.

Tabela 4. Análise descritiva dos dados percentuais do CP QOL-CP, por distribuição topográfica na PC.

	PC Unilateral Média (DP)	PC Bilateral Média (DP)
Bem-Estar Social e Aceitação	77,76 (0,13)	86,10 (0,13)
Funcionalidade	68,64 (0,17)	78,81 (0,15)
Participação e Saúde Física	60,45 (0,15)	79,67 (0,15)
Bem-Estar Emocional e Autoestima	79,58 (0,15)	84,49 (0,13)
Acesso à Serviços	74,07 (0,17)	79,39 (0,14)
Dor e Impacto da Deficiência	35,59 (0,19)	30,03 (0,16)
Saúde da Família	78,12 (0,25)	83,68 (0,11)

Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa.
PC= Paralisia Cerebral; DP= Desvio Padrão

Em todos os domínios as crianças com PC unilateral tiveram pontuações inferiores às crianças com PC bilateral. É importante ressaltar que o domínio dor e impacto da deficiência do CP QOL-CP se caracteriza por questões indicativas do quanto a criança sente dor, desconforto e se ela fica chateada com situações referentes a PC. Nesse domínio a pontuação também é de zero a nove, no entanto zero representa nenhum desconforto/dor/chateado e nove muito desconforto/dor/chateado. Dessa forma, quanto menor a pontuação obtida melhor são os resultados referentes a esse domínio, o que justifica a pontuação muito inferior quando comparado aos demais domínios do instrumento.

A partir da apreciação do CP QOL-CP entende-se que ele deve ser analisado isoladamente, pois considera-se que não há possibilidade de traçar um paralelo com os demais instrumentos do estudo, visto que a avaliação da qualidade de vida é multidimensional e subjetiva e nos demais instrumentos do estudo obtêm-se resultados objetivos. Dessa forma, os

dados desse instrumento são interpretados e discutidos dentro da dimensão da subjetividade, considerando que não se tem como relacionar instrumentos que são objetivos com instrumentos subjetivos.

A avaliação da qualidade de vida de crianças com PC, sob a ótica dos pais/cuidadores, pode sofrer influências de fatores relacionados a questões de ordem pessoal e emocional. O estresse e a sobrecarga dos pais, bem como a dificuldade com as estratégias de enfrentamento da situação do filho, podem afetar os dados da qualidade de vida. Além disso, crianças com PC apresentam dificuldade em participar de atividades em casa, na escola e na comunidade em geral, como resultado de restrições, que podem levar os pais a relatarem uma qualidade de vida reduzida para seu filho (CALLEY et al., 2012). Em estudo de Koning et al. (2007), os autores encontraram que os altos índices de estresse influenciaram negativamente a percepção dos pais sobre a qualidade de vida de seus filhos.

O nível de entendimento dos pais e a interpretação também são aspectos a serem levados em consideração ao avaliar esses resultados, pois a compreensão das perguntas pode remeter a estilos de respostas diferentes. Dentre os itens avaliados no CP QOL-CP estão, bem-estar social, emocional e autoestima, que são áreas puramente subjetivas e dependentes do contexto de vida, crenças e experiências de cada família. Dessa forma, as respostas podem ser baseadas em diferentes vivências, de acordo com o modo como cada pessoa entende e conduz sua vida. Davis et al. (2007), referem que cada item avalia um componente da vida da criança, e há muitos exemplos que podem ser usados para justificar uma resposta.

Nesse estudo, foi utilizado um instrumento de qualidade de vida específico para PC, versão questionário do cuidador primário, ou seja, respondido pelos pais, responsável ou cuidador principal da criança. A literatura tem apontado a dificuldade de ser avaliada a própria perspectiva da criança quanto a qualidade de vida, devido a aspectos a que limitam, como a idade, habilidades linguísticas e cognitivas (BRACCIALLI et al., 2013; MAJNEMER et al., 2008; DAVIS et al., 2007). No entanto, estudos também tem mostrado que a pontuação dada pelos pais para a qualidade de vida de seus filhos tem sido inferior quando comparada ao auto relato da criança (KONING et al., 2007; MAJNEMER et al., 2008; DAVIS et al., 2007).

De acordo com a literatura consultada, esta é a primeira pesquisa que associou os instrumentos GMFM, PEDI e CP-QOL CP para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF. Utilizou-se a GMFM para avaliar as capacidades das crianças em atividades de função motora ampla em ambiente padrão, mais especificamente na área de mobilidade. O PEDI e o CP QOL-CP foram utilizados para avaliar, a partir da perspectiva dos pais, responsável ou cuidador, o desempenho das crianças em tarefas

cotidianas em seu ambiente real. Estes revelaram aspectos referentes a aprendizagem, comunicação, autocuidado, vida doméstica, relacionamentos interpessoais e relações sociais.

Esse estudo fornece informações importantes sobre a avaliação de crianças com PC com base no modelo da CIF de abordagem biopsicossocial. A investigação das capacidades dessas crianças e do seu desempenho funcional pode contribuir no planejamento e nas estratégias de intervenção em crianças com PC, a partir de uma avaliação estruturada, com caráter abrangente de saúde.

CONCLUSÃO

A abordagem baseada na CIF proposta no presente estudo, através da associação de instrumentos pré-existentes específicos para crianças com PC, propiciou a sistematização para uma avaliação no componente atividade e participação. Os três instrumentos utilizados mostraram-se eficientes na avaliação do referido componente, fornecendo uma melhor compreensão das atividades (capacidade) e participação (desempenho) em situações de vida, de modo que contemplaram todas as áreas vitais do componente em estudo. As equipes devem preconizar cada vez mais esse olhar sobre a sujeito, deixando de lado o foco apenas nas funções e estruturas do corpo, mas também ter uma visão mais ampla dos aspectos relacionados às atividades e participação, assim como os fatores pessoais e ambientais que interferem diretamente na funcionalidade.

Os resultados apontaram que na GMFM as crianças com PC bilateral e unilateral apresentaram o mesmo nível de função motora ampla. No PEDI os dados mostraram-se diversos para as crianças e no CP QOL-CP as crianças com PC bilateral tiveram maiores escores. Esses dados sugeriram que a distribuição topográfica da PC em bilateral e unilateral não foi determinante para definir a funcionalidade das crianças, justificando a variabilidade encontrada no perfil funcional. Os fatores contextuais (físicos, sociais e atitudinais) manifestaram influência substancial na funcionalidade dessas crianças, seja de forma positiva (facilitador) ou negativa (barreira), uma vez que as condições físicas dos ambientes que elas frequentam, assim como as atitudes dos cuidadores apareceram como aspectos principais.

Sugere-se para estudos futuros a replicação com um tamanho de amostra maior, visto que o restrito número do grupo amostral dessa pesquisa caracterizou-se como uma limitação. A mensuração da GMFM no ambiente real da criança também pode ser um importante aspecto a ser considerado nos próximos estudos. Além disso, recomenda-se verificar a associação de outros instrumentos, com os demais tipos de Paralisia Cerebral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P. M. O.; HAASE, V. G.; FERREIRA, F. O. Na ICF-based for cerebral palsy from a biopsychosocial perspective. *Developmental Neurorehabilitation*, v.15, n.6, p. 391-400, 2012.
- ANDRADE, P. M. O.; FERREIRA, F. O.; HAASE, V. G. Multidisciplinary perspective for cerebral palsy assessment after na international classification of functioning, disability and health training. *Developmental Neurorehabilitation*, v.14, n.4, p. 199-207, 2011.
- BJORNSON, K. F. et al. Capacity to participation in cerebral palsy: evidence of an indirect path via performance. *Arch Phys Med Rehabil*, v.94, n.12, p. 2365-2372, 2013.
- BOBATH, K. *A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral*. São Paulo: Ed. Manole LTDA, 1979.
- BRACCIALLI, L. M. P. et al. Questionário de qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral (CP QOL – CHILD): tradução e adaptação para a língua portuguesa. *Journal of Human Growth and Development*, v.23, n.2, p. 154-163, 2013.
- BRASILEIRO, I. C.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral. *Acta Fisiatr.*, v.16, n.3, p. 132-137, 2009.
- BRASILEIRO, I. C. et al. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm.*, v.62, n.4, p. 503-511, 2009.
- CALLEY, A. et al. A comparison of activity, participation and quality of life in children with and without spastic diplegia cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, v.34, n.15, p. 1306-1310, 2012.
- CAMARGOS, A. C. R. et al. Relação entre independência funcional e qualidade de vida na paralisia cerebral. *Fisioter. Mov.*, v.25, n.1, p. 83-92, 2012.
- CYRILLO, L. T.; GALVÃO, M. C. S. *Medida da função motora grossa: [GMFM-66 & GMFM-88]: manual do usuário*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Memnon, 2011.
- CYRILLO, L. T.; GALVÃO, M. C. S. *Medida da função motora grossa: [GMFM-66 & GMFM-88]: manual do usuário*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Memnon, 2015.
- DAVIS, E. et al. Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Qual. Life Res.*, v.16, n.5, p. 863-871, 2007.
- DAVIS, E. et al. Measuring the quality of life of children with cerebral palsy: comparing the conceptual differences and psychometric properties of three instruments. *Developmental Medicine & Child Neurology.*, v. 52, n. 2, p. 174–180, 2010.
- DORNELES, L. F. et al. Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a avaliação de crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v.22, n.3, p. 579-590, 2014.

FONTES, P. L. B.; MOURA, R.; HAASE, V. G. Evaluation of body representation in children with hemiplegic cerebral palsy: toward the development of a neuropsychological test battery. *Psychology & Neuroscience*, v.7, n.2, p. 139-149, 2014.

HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T. S.; PFEIFER, L. I. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS). *Rev Bras Fisioter.*, v.14, n.6, p. 537-544, 2010.

KLEINER, A. F. R. et al. Context-dependency of mobility in children and adolescents with cerebral palsy: optimal and natural environments. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, v.12, n.4, p. 288-293, 2015.

KONING, M. W. et al. Determinants of Child-Parent Agreement in Quality-of-Life Reports: A European Study of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics*, v.120, n.4, p. 804-814, 2007.

LEPAGE, C.; NOREAU, L.; BERNARD, P. M. Association Between Characteristics of Locomotion and Accomplishment of Life Habits in Children With Cerebral Palsy. *Physical Therapy*, v.78, n.5, p. 458-469, 1998.

MAJNEMER, A. et al. Reliability in the ratings of quality of life between parents and their children of school age with cerebral palsy. *Qual. Life Res.*, v.17, n.9, p. 1163-1171, 2008.

MANCINI, M. C. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) manual da versão brasileira adaptada*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MARTINS, E.; FERNANDES, J.; FERREIRA, A. C. Movement patterns during the process of standing up in children with spastic diplegia. *Motriz*, v.21, n.3, p. 230-236, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 6. Ed. Brasília, 2005.

OLIVEIRA, A. K. C.; MATSUKURA, T. S.; MANCINI, M. C. Repertório funcional de crianças com paralisia cerebral nos contextos domiciliar e clínico: relato de cuidadores e profissionais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v.26, n.3, p. 390-398, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Rumo a uma linguagem comum para a funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF*. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Como usar a CIF: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Genebra, 2013.

PAVÃO, S. L. et al. Relationship between static postural control and the level of functional abilities in children with cerebral palsy. *Braz J Phys Ther.*, v.18, n.4, p. 300-307, 2014.

PAVÃO, S. L.; SILVA, F. P. S.; ROCHA, N. A. C. Efeito da orientação domiciliar no desempenho funcional de crianças com necessidades especiais. *Motricidade*, v.7, n.1, p. 21-29, 2011.

ROSENBAUM, P. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 49, n. 2, p. 8-14, 2007.

SCHIARITI, V. et al. Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (ICF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*, v.8, n.1, p.1-12, 2013.

SCHIARITI, V.; MÂSSE, L. C. Relevant areas of functioning in children with Cerebral Palsy based on the International Classification of Functioning, Disability and Health Coding System: A clinical perspective. *Journal of Child Neurology*, v.30, n.2, p.2016-22, 2014.

SILVA, D. B. R.; PFEIFER, L. I.; FUNAYAMA, C. A. R. *Sistema de classificação da função motora grossa ampliado e revisto (GMFCS E & R)*, 2010. Disponível em: <http://www.canchild.ca/en/measures/gmfcs_expanded_revised.asp>. Acesso em: 12 mai. 2016.

SOUZA, N. P.; ALPINO, A. M. S. Avaliação de crianças com diparesia espástica segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Bras. Ed. Esp.*, v.21, n.2, p. 199-212, 2015.

SOUZA, E. S. et al. Participação e necessidade de assistência na realização de tarefas escolares em crianças com paralisia cerebral. *Fisioter. Mov.*, v.24, n.3, p. 409-417, 2011.

VASCONCELOS, R. L. M. et al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Rev Bras Fisioter*, v.13, n.5, p.390-7, 2009.

VOORMAN, J. M. et al. Social functioning and communication in children with cerebral palsy: association with disease characteristics and personal and environmental factors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.52, n.5, p. 441-447, 2009.

3 CONCLUSÃO GERAL

Esse foi o primeiro estudo a verificar a associação dos instrumentos GMFM, PEDI e CP QOL-CP para avaliar a funcionalidade de crianças com PC no componente atividade e participação da CIF. Os resultados mostraram que a combinação dos instrumentos contemplou todas as áreas do mencionado componente, sendo capaz de estimar as capacidades em relação a função motora e o desempenho na participação de tarefas cotidianas (autocuidado, mobilidade, participação social e qualidade de vida).

Evidenciou-se que a distribuição topográfica na PC não é um aspecto que prediz a funcionalidade das crianças, pois os fatores contextuais (físico, social e atitudinal) mostraram-se amplamente influenciadores. No entanto, muito além de centrar nossas discussões na comparação entre PC bilateral e unilateral, assim como mostrar que os fatores ambientais interferem na funcionalidade, algo que já está bastante discutido na literatura, esse estudo teve como foco utilizar o componente atividade e participação da CIF como uma estrutura para analisar os dados obtidos, e assim verificar se os instrumentos utilizados seriam eficientes para o referido propósito, o que se confirmou.

Conclui-se a importância de utilizar instrumentos específicos para PC e a combinação desses para uma avaliação que contemple o modelo da CIF e sua abordagem biopsicossocial, que considera a saúde como um fenômeno multifatorial e agrega os aspectos de saúde nos níveis corporais e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A. P. M. et al. **Relação da sobrecarga do cuidador, perfil funcional e qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral.** Rev Neurocienc, v.20, n.3, p. 367-371, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASILEIRO, I. C. et al. **Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Rev Bras Enferm, v.62, n.4, p. 503-11, 2009.
- BRASILEIRO, I. C.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. **Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral.** Acta Fisiatr, v.16, n.3, p. 132-137, 2009.
- CALLEY, A. et al. **A comparison of activity, participation and quality of life in children with and without spastic diplegia cerebral palsy.** Disability & Rehabilitation, v.34, n.15, p. 1306-1310, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 23 out. 2016.
- LIPTAK, G. S.; ACCARDO, P. J. **Health and social outcomes of children with cerebral palsy.** The journal of pediatrics, v.145, n.2, p. 36-41, 2004.
- MONTEIRO, J. A. et al. **Avaliação do nível de independência nas atividades de vida diária da criança com paralisia cerebral: um estudo de caso.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v.20, n.1, p. 129-141, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Rumo a uma linguagem comum para a funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF.** Genebra, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Lisboa, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Genebra, 2013.
- ROSENBAUM, P. et al. **A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006.** Developmental Medicine and Child Neurology, v. 49, n. 2, p. 8-14, 2007.
- SCHIARITI, V.; MÂSSE, L. C. **Relevant áreas of functioning in children with Cerebral Palsy based on the Internationa Classification of Functioning, Disability and Health Coding System: A clinical perspective.** Journal of Child Neurology, v.30, n.2, p. 2016-22, 2014a.


SCHIARITI, V.; MÂSSE, L. C. Identifying relevant areas of functioning in children and youth with Cerebral Palsy using the ICF-CY coding system: From whose perspective? European Journal of Paediatric Neurology, v.18, n.5, p. 606-17, 2014b.

STUCKI, G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Promising Framework and Classification for Rehabilitation Medicine. Am J Phys Med Rehabil, v.84, n.10, p. 733-40, 2005.

VASCONCELOS, R. L. M. et al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. Rev Bras Fisioter, v.13, n.5, p.390-7, 2009.

ANEXOS

ANEXO A - Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS)



CanChild Centre for Childhood Disability Research
 Institute for Applied Health Sciences, McMaster University,
 1400 Main Street West, Room 408, Hamilton, ON, Canada L8S 1C7
 Tel: 905-525-9140 ext. 27850 Fax: 905-522-6095
 E-mail: canchild@mcmaster.ca Website: www.canchild.ca

GMFCS – E & R
Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
Ampliado e Revisto

GMFCS - E & R © 2007 *CanChild* Centre for Childhood Disability Research, McMaster University
 Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston

GMFCS © 1997 *CanChild* Centre for Childhood Disability Research, McMaster University
 Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi
 (Reference: Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223)

GMFCS – E & R © Versão Brasileira
 Traduzido por Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Luzia Lara Pfeifer e Carolina Araújo Rodrigues Funayama (Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Ciências do Comportamento - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo)

INTRODUÇÃO E INSTRUÇÕES AO USUÁRIO

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para paralisia cerebral é baseado no movimento iniciado voluntariamente, com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. Ao definimos um sistema de classificação em cinco níveis, nosso principal critério é que as distinções entre os níveis devam ser significativas na vida diária. As distinções são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais para mobilidade (tais como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas, e em menor grau, na qualidade do movimento. As distinções entre os Níveis I e II não são tão nítidas como a dos outros níveis, particularmente para crianças com menos de dois anos de idade.

O GMFCS ampliado (2007) inclui jovens entre 12 e 18 anos de idade e enfatiza os conceitos inerentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF). Nós sugerimos que os usuários estejam atentos ao impacto que os fatores **ambientais** e **pessoais** possam ter sobre o que se observa sobre as crianças e jovens ou no que eles relatam fazer. O enfoque do GMFCS está em determinar qual nível melhor representa **as habilidades e limitações na função motora grossa que a criança ou o jovem apresentam**. A ênfase deve estar no desempenho habitual em casa, na escola e nos ambientes comunitários (ou seja, no que eles fazem), ao invés de ser no que se sabe que eles são capazes de fazer melhor (capacidade). Portanto, é importante classificar o desempenho atual da função motora grossa e não incluir julgamentos sobre a qualidade do movimento ou prognóstico de melhora.

O enfoque de cada nível é o método de mobilidade que é mais característico no desempenho após os 6 anos de idade. As descrições das habilidades e limitações funcionais para cada faixa etária são amplas e não se pretende descrever todos os aspectos da função da criança/jovem individualmente. Por exemplo, um bebê com hemiplegia que é incapaz de engatinhar sobre suas mãos e joelhos, mas que por outro lado se encaixa na descrição do Nível I (ou seja, é capaz de puxar-se para ficar em pé e andar), seria classificada no nível I. A escala é ordinal, sem intenção de que as distâncias entre os níveis sejam consideradas iguais entre os níveis ou que as crianças e jovens com paralisia cerebral sejam igualmente distribuídas nos cinco níveis. Um resumo das distinções entre cada par de níveis é fornecido para ajudar na determinação do nível que mais se assemelha à função motora

© 2007 *CanChild* page 1 of 6

grossa atual da criança ou do jovem.

Nós reconhecemos que as manifestações da função motora grossa sejam dependentes da idade, especialmente durante a lactância e primeira infância. Para cada nível são fornecidas descrições separadas em diferentes faixas etárias. Deve-se considerar a idade corrigida de crianças com menos de 2 anos de idade se elas forem prematuras. As descrições para faixa etária de 6 a 12 anos e de 12 a 18 anos de idade refletem o possível impacto dos fatores ambientais (por exemplo, distâncias na escola e na comunidade) e fatores pessoais (por exemplo, necessidades energéticas e preferências sociais) nos métodos de mobilidade.

Um esforço foi feito para enfatizar as habilidades ao invés das limitações. Assim, como princípio geral, a função motora grossa das crianças e jovens que são capazes de realizar funções descritas em certo nível será provavelmente classificada neste nível de função ou em um nível acima; ao contrário, a função motora grossa de crianças e jovens que não conseguem realizar as funções de certo nível devem ser classificadas abaixo daquele nível de função.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Andador de apoio corporal – um dispositivo de mobilidade que apóia a pelve e o tronco. A criança/jovem é fisicamente posicionada (o) no andador por outra pessoa.

Dispositivo de mobilidade manual – bengalas, muletas e andadores anteriores e posteriores que não apóiam o tronco durante a marcha.

Assistência física - Outra pessoa ajuda manualmente a criança/o jovem a se mover.

Mobilidade motorizada – A criança/o jovem controla ativamente o joystick ou o interruptor elétrico que permite uma mobilidade independente. A base de mobilidade pode ser uma cadeira de rodas, um scooter ou outro tipo de dispositivo de mobilidade motorizado.

Cadeira de rodas manual de auto-propulsão– a criança/o jovem utiliza os braços e as mãos ou os pés ativamente para impulsionar as rodas e se mover.

Transportado – Uma pessoa manualmente empurra o dispositivo de mobilidade (por exemplo, cadeira de rodas, carrinho de bebê ou de passeio) para mover a criança/ jovem de um lugar ao outro.

Andar – A menos que especificado de outra maneira, indica nenhuma ajuda física de outra pessoa, ou uso de qualquer dispositivo de mobilidade manual. Uma órtese (ou seja, uma braçadeira ou tala) pode ser usada.

Mobilidade sobre rodas – Refere-se a qualquer tipo de dispositivo com rodas que permite movimento (por exemplo, carrinho, cadeira de rodas manual ou motorizada).

CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA CADA NÍVEL

NÍVEL I – Anda sem limitações

NÍVEL II – Anda com limitações

NÍVEL III – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade

NÍVEL IV – Auto-mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.

NÍVEL V – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

DISTINÇÕES ENTRE OS NÍVEIS

Distinções entre os níveis I e II – crianças e jovens do nível II, quando comparados às crianças e jovens do nível I, têm limitações para andar por longas distâncias e equilibrar-se; podem precisar de um dispositivo manual de mobilidade ao aprender a andar; podem utilizar um dispositivo com rodas quando caminham por longas distâncias em espaços externos e na comunidade; requerem o uso de corrimão para subir e descer escadas; e não são capazes de correr e pular.

Distinções entre os níveis II e III – As crianças e os jovens no nível II são capazes de andar sem um dispositivo manual de mobilidade depois dos quatro anos de idade (embora possam optar por utilizá-lo às vezes). As crianças e os jovens do nível III precisam de um dispositivo manual de mobilidade para andar em espaços internos e o uso de mobilidade sobre rodas fora de casa e na comunidade.

Distinções entre os níveis III e IV – as crianças e jovens que estão no nível III sentam-se sozinhos ou requerem no máximo um apoio externo limitado para sentar-se; eles são mais independentes nas transferências para a postura em pé e andam com um dispositivo manual de mobilidade. As crianças e jovens no nível IV sentam-se (geralmente apoiados), mas a autolocomoção é limitada. É mais provável que as crianças e jovens no Nível IV sejam transportadas em uma cadeira de rodas manual ou que utilizem a mobilidade motorizada.

Distinções entre os Níveis IV e V – As crianças e jovens no Nível V têm graves limitações no controle da cabeça e tronco e requerem tecnologia assistiva ampla e ajuda física. A autolocomoção é conseguida apenas se a criança/jovem pode aprender como operar uma cadeira de rodas motorizada.

Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – Ampliado e Revisto (GMFCS – E & R)

ANTES DO ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS

NÍVEL I: Bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentados e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os bebês engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxam-se para ficar em pé e dão passos segurando-se nos móveis. Os bebês andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.

NÍVEL II: Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

NÍVEL III: Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco. Os bebês rolam e rastejam para frente em prono.

NÍVEL IV: Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para sentarem-se no chão. Os bebês conseguem rolar para a posição supino e podem rolar para a posição prono.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentados. Os bebês necessitam da assistência do adulto para rolar..

ENTRE O SEGUNDO E O QUARTO ANIVERSÁRIO

NÍVEL I: As crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e levantar-se do chão são realizadas sem assistência do adulto. As crianças andam como forma preferida de locomoção, sem a necessidade de qualquer aparelho auxiliar de locomoção.

NÍVEL II: As crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. As crianças puxam-se para ficar em pé em uma superfície estável. As crianças engatinham (sobre mãos e joelhos) com padrão alternado, andam de lado segurando-se nos móveis e andam usando aparelhos para auxiliar a locomoção como

forma preferida de locomoção.

NÍVEL III: As crianças mantêm-se sentadas no chão frequentemente na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna) e podem necessitar de assistência do adulto para assumir a posição sentada. As crianças rastejam em prono ou engatinham (sobre as mãos e joelhos), frequentemente sem movimentos alternados de perna, como métodos principais de auto-locomoção. As crianças podem puxar-se para levantar em uma superfície estável e andar de lado segurando-se nos móveis por distâncias curtas. As crianças podem andar distâncias curtas nos espaços internos utilizando um dispositivo manual de mobilidade (andador) e ajuda de um adulto para direcioná-la e girá-la.

NÍVEL IV: As crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso de suas mãos para apoio. As crianças frequentemente necessitam de equipamento de adaptação para sentar e ficar em pé. A auto-locomoção para curtas distâncias (dentro de uma sala) é alcançada por meio do rolar, rastejar em prono ou engatinhar sobre as mãos e joelhos sem movimento alternado de pernas.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais do sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamentos adaptativos e de tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios para se mover independentemente e são transportadas. Somente algumas crianças conseguem a auto-locomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

ENTRE O QUARTO E O SEXTO ANIVERSÁRIO

NÍVEL I: As crianças sentam-se na cadeira, mantêm-se sentadas e levantam-se dela sem a necessidade de apoio das mãos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé sem a necessidade de objetos de apoio. As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas. Iniciam habilidades de correr e pular.

NÍVEL II: As crianças sentam-se na cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé, mas geralmente requerem uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam sem a necessidade de um dispositivo manual de mobilidade em espaços internos e em curtas distâncias em espaços externos planos. As crianças sobem escadas segurando-se no corrimão, mas são incapazes de correr e pular.

NÍVEL III: As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio pélvico e de tronco para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira usando uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com seus braços. As crianças andam com um dispositivo manual de mobilidade em superfícies planas e sobem escadas com a assistência de um adulto. As crianças frequentemente são transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos em terrenos irregulares.

NÍVEL IV: As crianças sentam em uma cadeira, mas precisam de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira com a ajuda de um adulto ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com seus braços. As crianças podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com o andador e com supervisão do adulto, mas tem dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. As crianças são transportadas na comunidade. As crianças podem adquirir auto-locomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade para manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas da função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamento adaptativo e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm como se movimentar independentemente e são transportadas. Algumas crianças alcançam auto-locomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

ENTRE O SEXTO E O DÉCIMO SEGUNDO ANIVERSÁRIO

Nível I: As crianças caminham em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. As crianças são capazes de subir e descer meio-fios e escadas sem assistência física ou sem o uso de corrimão. As crianças apresentam habilidades motoras grossas tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio e a coordenação são limitados. As crianças podem participar de atividades físicas e esportes dependendo das escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II: As crianças caminham na maioria dos ambientes. As crianças podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos. As crianças sobem e descem escadas segurando em corrimão ou com assistência física se não houver este tipo de apoio. Em espaços externos e na comunidade, as crianças podem andar com assistência física, um dispositivo manual de mobilidade, ou utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. As crianças têm, na melhor das hipóteses, apenas habilidade mínima para realizar as habilidades motoras grossas tais como correr e pular. As limitações no desempenho das habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitirem a participação em atividades físicas e esportes.

Nível III: As crianças andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade na maioria dos espaços internos. Quando sentadas, as crianças podem exigir um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para posição em pé requerem assistência física de uma pessoa ou uma superfície de apoio. Quando movem-se por longas distâncias, as crianças utilizam alguma forma de mobilidade sobre rodas. As crianças podem subir ou descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes, incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV: As crianças utilizam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada na maioria dos ambientes. As crianças requerem assento adaptado para o controle pélvico e do tronco e assistência física para a maioria das transferências. Em casa, as crianças movem-se no chão (rolar, arrastar ou engatinhar), andam curtas distâncias com assistência física ou utilizam mobilidade motorizada. Quando posicionadas, as crianças podem utilizar um andador de apoio corporal em casa ou na escola. Na escola, em espaços externos e na comunidade, as crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual ou utilizam mobilidade motorizada. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações que permitam a participação nas atividades físicas e esportes, incluindo a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V: As crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. As crianças são limitadas em sua habilidade de manter as posturas anti-gravitacionais da cabeça e tronco e de controlar os movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o levantar e/ou a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. As transferências requerem assistência física total de um adulto. Em casa, as crianças podem se locomover por curtas distâncias no chão ou podem ser carregadas por um adulto. As crianças podem adquirir auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar-se e controlar o trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e em esportes, inclusive a assistência física e uso de mobilidade motorizada.

ENTRE O DÉCIMO SEGUNDO E DÉCIMO OITAVO ANIVERSÁRIO

Nível I: Os jovens andam em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. Os jovens são capazes de subir e descer meio-fios sem a assistência física e escadas sem o uso de corrimão. Os jovens desempenham habilidades motoras grossas tais como correr e pular, mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são limitados. Os jovens podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II: Os jovens andam na maioria dos ambientes. Os fatores ambientais (tais como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, exigências de tempo, clima e aceitação pelos colegas) e preferências pessoais influenciam as escolhas de mobilidade. Na escola ou no trabalho, os jovens podem andar utilizando um dispositivo manual de mobilidade por segurança. Em espaços externos e na comunidade, os jovens podem utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. Os jovens sobem e descem escadas segurando em um corrimão ou com assistência física se não houver corrimão. As limitações no desempenho de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes.

Nível III: Os jovens são capazes de caminhar utilizando um dispositivo manual de mobilidade. Os jovens no nível III demonstram mais variedade nos métodos de mobilidade dependendo da habilidade física e de fatores ambientais e pessoais, quando comparados a jovens de outros níveis. Quando estão sentados, os jovens podem precisar de um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou de uma superfície de apoio. Na escola, os jovens podem auto-impulsionar uma cadeira de rodas manual ou utilizar a mobilidade motorizada. Em espaços externos e na comunidade, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas ou utilizam mobilidade motorizada. Os jovens podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV: Os jovens usam a mobilidade sobre rodas na maioria dos ambientes. Os jovens necessitam de assento adaptado para o controle pélvico e do tronco. Assistência física de 1 ou 2 pessoas é necessária para as transferências.

Os jovens podem apoiar o peso com as pernas para ajudar nas transferências para ficar em pé. Em espaços internos, os jovens podem andar por curtas distâncias com assistência física, utilizam a mobilidade sobre rodas, ou, quando posicionados, utilizam um andador de apoio corporal. Os jovens são fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando o uso de uma cadeira de rodas motorizada não for possível ou não disponível, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes, inclusive a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V: Os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. Os jovens são limitados em sua habilidade para manter as posturas antigravitacionais da cabeça e tronco e o controle dos movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o ficar de pé, e a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. Assistência física de 1 ou 2 pessoas ou uma elevação mecânica é necessária para as transferências. Os jovens podem conseguir a auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar e para o controle do trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes incluindo a assistência física e o uso de mobilidade motorizada.

ANEXO B - Medida da Função Motora Grossa (GMFM)

MEDIDA DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA (GMFM)

FOLHA DE PONTUAÇÃO (GMFM-88 e GMFM-66)*

Nome da criança: _____ Registro: _____

Data da avaliação:

Data de nascimento:

Idade cronológica: anos meses

Nome do avaliador: _____

Nível no GMFCS¹

I II III IV V

Condições de teste (p. ex., local, vestuário, tempo, outras pessoas presentes):

A GMFM é um instrumento de observação padronizado, elaborado e validado para medir mudança na função motora grossa que ocorre ao longo do tempo nas crianças com paralisia cerebral. O sistema de pontuação deve ser entendido como diretriz genérica. Entretanto, a maioria dos itens tem descrição específica para cada pontuação. É obrigatório que as diretrizes contidas no manual sejam usadas para pontuar cada item.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO*	0 = não inicia
	1 = inicia
	2 = completa parcialmente
	3 = não completa
	NT = não testado (usado na pontuação pelo GMAE)

É importante diferenciar a verdadeira pontuação "0" (criança não inicia) dos itens que não são testados (NT), se você estiver interessado em usar o programa Estimador de Habilidade Motora Grossa GMFM-66

O programa Estimador de Habilidade Motora Grossa 2 (GMAE-2) GMFM-66 está disponível para *download* no endereço www.canchild.ca para aqueles que adquiriram o Manual da GMFM. A GMFM-66 é válida apenas para aplicação a crianças com paralisia cerebral.

Contato para Grupos de Pesquisa:

CanChild Centre For Childhood Disability Research, Institute for Applied Health Sciences, McMaster University
 1400 Main St. W., Room 408
 Hamilton, ON Canada L8S 1C7.
 E-mail: canchild@mcmaster.ca - Website: www.canchild.ca.

¹ O nível GMFCS é uma medida da gravidade da função motora. Definições para o GMFCS (expandido e revisado) são encontradas em Palisano et al. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008; 50:744-50, e no programa Estimador de Habilidade Motora Grossa 2 (GMAE-2). Acesso: <http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/GMFCS-ER.pdf>.

(*) Tradução para a Língua Portuguesa realizada por Luara Tomé Cyrillo e Maria Cristina dos Santos Galvão, fisioterapeutas da AACD – Associação de Assistência à Criança Deficiente, São Paulo, SP, Brasil.

Assinale (✓) a pontuação apropriada; se algum item não é testado (NT), circule o número do item na coluna à direita.

ITEM	A: DEITAR E ROLAR	PONTUAÇÃO					NT			
1	SUP: CABEÇA NA LINHA MÉDIA: vira a cabeça com membros simétricos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	1.
*2	SUP: traz as mãos para a linha média, dedos uns com os outros	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2.
3	SUP: levanta a cabeça 45°	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3.
4	SUP: flexiona quadril e joelho direito em amplitude completa	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4.
5	SUP: flexiona quadril e joelho esquerdo em amplitude completa	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	5.
*6	SUP: alcança com o braço direito, mão cruza a linha média em direção ao brinquedo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	6.
*7	SUP: alcança com o braço esquerdo, mão cruza a linha média em direção ao brinquedo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	7.
8	SUP: rola para a posição prona sobre o lado direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	8.
9	SUP: rola para a posição prona sobre o lado esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	9.
*10	PR: levanta a cabeça na vertical	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	10.
11	PR SOBRE OS ANTEBRAÇOS: levanta cabeça na vertical, cotovelos estendidos, peito elevado	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	11.
12	PR SOBRE OS ANTEBRAÇOS: peso sobre o antebraço direito, estende completamente o braço contralateral para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	12.
13	PR SOBRE OS ANTEBRAÇOS: peso sobre o antebraço esquerdo, estende completamente o braço contralateral para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	13.
14	PR: rola para a posição supina sobre o lado direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	14.
15	PR: rola para a posição supina sobre o lado esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	15.
6	PR: pivoteia 90° para a direita usando os membros	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	16.
17	PR: pivoteia 90° para a esquerda usando os membros	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	17.
TOTAL DA DIMENSÃO A										<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

ITEM	B: SENTAR	PONTUAÇÃO					NT			
*18	SUP: MÃOS SUSTENTADAS PELO AVALIADOR: puxa-se para sentar com controle de cabeça	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	18.
19	SUP: rola para o lado direito, consegue sentar	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	19.
20	SUP: rola para o lado esquerdo, consegue sentar	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	20.
*21	SENTADA SOBRE O TAPETE, APOIADA NO TÓRAX PELO TERAPEUTA: levanta a cabeça na vertical, mantém por 3 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	21.
*22	SENTADA SOBRE O TAPETE, APOIADA NO TÓRAX PELO TERAPEUTA: levanta a cabeça na linha média, mantém por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	22.
*23	SENTADA SOBRE O TAPETE, BRAÇO(S) APOIADO(S): mantém por 5 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	23.
*24	SENTADA SOBRE O TAPETE: mantém braços livres por 3 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	24.
*25	SENTADA SOBRE O TAPETE COM UM BRINQUEDO PEQUENO NA FRENTE: inclina-se para a frente, toca o brinquedo, e endireita-se sem apoio do braço	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	25.
*26	SENTADA SOBRE O TAPETE: toca o brinquedo colocado 45° atrás do lado direito da criança, retorna para a posição inicial	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	26.
*27	SENTADA SOBRE O TAPETE: toca o brinquedo colocado 45° atrás do lado esquerdo da criança, retorna para a posição inicial	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	27.
28	SENTADA SOBRE O LADO DIREITO: mantém, braços livres, por 5 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	28.
29	SENTADA SOBRE O LADO ESQUERDO: mantém, braços livres, por 5 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	29.
*30	SENTADA SOBRE O TAPETE: abaixa-se para a posição prona com controle	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	30.
*31	SENTADA SOBRE O TAPETE COM OS PÉS PARA A FRENTE: atinge 4 apoios sobre o lado direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	31.
*32	SENTADA SOBRE O TAPETE COM OS PÉS PARA A FRENTE: atinge 4 apoios sobre o lado esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	32.
33	SENTADA SOBRE O TAPETE: pivoteia 90° sem auxílio dos braços	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	33.
*34	SENTADA NO BANCO: mantém, braços e pés livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	34.
*35	EM PÉ: atinge a posição sentada em um banco pequeno	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	35.
*36	NO CHÃO: atinge a posição sentada em um banco pequeno	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	36.
*37	NO CHÃO: atinge a posição sentada em um banco grande	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	37.
TOTAL DA DIMENSÃO B										<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

ITEM	C: ENGATINHAR E AJOELHAR	PONTUAÇÃO					NT			
38	PR: arrasta-se 1,8 metros para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	38.
*39	4 APOIOS: mantém o peso sobre as mãos e joelhos, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	39.
*40	4 APOIOS: atinge a posição sentada com os braços livres	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	40.
*41	PR: atinge 4 apoios, peso sobre as mãos e joelhos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	41.
*42	4 APOIOS: avança o braço direito para a frente, mão acima do nível do ombro	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	42.
*43	4 APOIOS: avança o braço esquerdo para a frente, mão acima do nível do ombro	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	43.
*44	4 APOIOS: engatinha ou impulsiona-se 1,8 metros para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	44.
*45	4 APOIOS: engatinha 1,8 metros para a frente com movimento alternado dos membros	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	45.
*46	4 APOIOS: sobe 4 de graus engatinhando sobre as mãos e os joelhos/pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	46.
47	4 APOIOS: desce 4 de graus engatinhando para trás sobre as mãos e os joelhos/pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	47.
*48	SENTADA SOBRE O TAPETE: atinge a posição ajoelhada usando os braços, mantém, braços livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	48.
49	AJOELHADA: atinge a posição semiajoelhada sobre o joelho direito usando braços, mantém, braços livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	49.
50	AJOELHADA: atinge a posição semiajoelhada sobre o joelho esquerdo usando braços, mantém, braços livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	50.
*51	AJOELHADA: anda na posição ajoelhada 10 passos para a frente, braços livres	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	51.
TOTAL DA DIMENSÃO C									<input type="text"/>	

ITEM	D: EM PÉ	PONTUAÇÃO					NT			
*52	NO CHÃO: O puxa-se para a posição em pé apoiada em um banco grande	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	52.
*53	EM PÉ: mantém, braços livres, por 3 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	53.
*54	EM PÉ: segurando-se em um banco grande com uma mão, levanta o pé direito, por 3 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	54.
*55	EM PÉ: segurando-se em um banco grande com uma mão, levanta o pé esquerdo, por 3 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	55.
*56	EM PÉ: mantém, braços livres, por 20 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	56.
*57	EM PÉ: levanta o pé esquerdo, braços livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	57.
*58	EM PÉ: levanta o pé direito, braços livres, por 10 segundos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	58.
*59	SENTADA EM BANCO PEQUENO: atinge a posição em pé sem usar os braços	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	59.
*60	AJOELHADA: atinge a posição em pé passando pela posição semiajoelhada sobre o joelho direito, sem usar os braços	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	60.
*61	AJOELHADA: atinge a posição em pé passando pela posição semiajoelhada sobre o joelho esquerdo, sem usar os braços	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	61.
*62	EM PÉ: abaixa-se com controle para sentar no chão, braços livres	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	62.
*63	EM PÉ: agacha-se, braços livres	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	63.
*64	EM PÉ: pega um objeto no chão, braços livres, retorna para a posição em pé	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	64.
TOTAL DA DIMENSÃO D									<input type="text"/>	

ITEM	E: ANDAR, CORRER, PULAR	PONTUAÇÃO					NT			
*65	EM PÉ, SEGURANDO-SE COM AS DUAS MÃOS EM UM BANCO GRANDE: anda de lado 5 passos para o lado direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	65.
*66	EM PÉ, SEGURANDO-SE COM AS DUAS MÃOS EM UM BANCO GRANDE: anda de lado 5 passos para o lado esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	66.
*67	EM PÉ, DUAS MÃOS SEGURADAS: anda 10 passos para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	67.
*68	EM PÉ, UMA MÃO SEGURADA: anda 10 passos para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	68.
*69	EM PÉ: anda 10 passos para a frente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	69.
*70	EM PÉ: anda 10 passos para a frente, para, vira 180° e retorna	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	70.
*71	EM PÉ: anda 10 passos para trás	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	71.
*72	EM PÉ: anda 10 passos para a frente, carregando um objeto grande com as duas mãos	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	72.

*73	EM PÉ: anda 10 passos consecutivos para a frente entre linhas paralelas afastadas 20 centímetros uma da outra	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	73.
*74	EM PÉ: anda 10 passos consecutivos para a frente sobre uma linha com 2 centímetros de largura	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	75.
*75	EM PÉ: transpõe um bastão posicionado na altura dos joelhos, iniciando com o pé direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	75.
*76	EM PÉ: transpõe um bastão posicionado na altura dos joelhos, iniciando com o pé esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	76.
*77	EM PÉ: corre 4,5 metros, para e retorna	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	77.
*78	EM PÉ: chuta a bola como pé direito	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	78.
*79	EM PÉ: chuta a bola como pé esquerdo	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	79.
*80	EM PÉ: pula 30 centímetros de altura, com ambos os pés simultaneamente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	80.
*81	EM PÉ: pula 30 centímetros para a frente, com ambos os pés simultaneamente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	81.
*82	EM PÉ: pula 10 vezes sobre o pé direito dentro de um círculo com 60 centímetros de diâmetro	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	82.
*83	EM PÉ: pula 10 vezes sobre o pé esquerdo dentro de um círculo com 60 centímetros de diâmetro	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	83.
*84	EM PÉ, SEGURANDO EM UM CORRIMÃO: sobe 4 degraus, segurando em um corrimão, alternando os pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	84.
*85	EM PÉ, SEGURANDO EM UM CORRIMÃO: desce 4 degraus, segurando em um corrimão, alternando os pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	85.
*86	EM PÉ: sobe 4 degraus, alternando os pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	86.
*87	EM PÉ: desce 4 degraus, alternando os pés	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	87.
*88	EM PÉ EM UM DEGRAU COM 15 CENTÍMETROS DE ALTURA: pula do degrau, com ambos os pés simultaneamente	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	88.

TOTAL DA DIMENSÃO E

--

Esta avaliação foi indicativa do desempenho habitual da criança: SIM NÃO

COMENTÁRIOS:

RESUMO DA PONTUAÇÃO DA GMFM

DIMENSÃO	CÁLCULO DAS PONTUAÇÕES PERCENTUAIS DAS DIMENSÕES	ÁREA-META Alcançada com ✓
A. Deitar e Rolar	$\frac{\text{Total da Dimensão A}}{51} = \frac{\quad}{51} \times 100 = \quad \%$	A. <input type="checkbox"/>
B. Sentar	$\frac{\text{Total da Dimensão B}}{60} = \frac{\quad}{60} \times 100 = \quad \%$	B. <input type="checkbox"/>
C. Engatinhar e Ajoelhar	$\frac{\text{Total da Dimensão C}}{42} = \frac{\quad}{42} \times 100 = \quad \%$	C. <input type="checkbox"/>
D. Em Pé	$\frac{\text{Total da Dimensão D}}{39} = \frac{\quad}{39} \times 100 = \quad \%$	D. <input type="checkbox"/>
E. Andar, Comer e Pular	$\frac{\text{Total da Dimensão E}}{72} = \frac{\quad}{72} \times 100 = \quad \%$	E. <input type="checkbox"/>

$$\text{PONTUAÇÃO TOTAL} = \frac{\%A + \%B + \%C + \%D + \%E}{\text{Número total de Dimensões}}$$

$$= \frac{\quad + \quad + \quad + \quad}{5} = \frac{\quad}{5} = \quad \%$$

$$\text{PONTUAÇÃO-META TOTAL} = \frac{\text{Soma das pontuações percentuais em cada dimensão identificada como área-meta}}{\text{Número de áreas-meta}}$$

$$= \frac{\quad + \quad}{\quad} = \quad \%$$

Pontuação do Estimador de Habilidade Motora Grossa da GMFM-66 ¹	
Pontuação da GMFM-66 = _____	_____ a _____ Intervalo de Confiança de 95%
Pontuação anterior da GMFM-66 = _____	_____ a _____ Intervalo de Confiança de 95%
Mudança na pontuação da GMFM-66 = _____	

¹ Conforme o programa Estimador de Habilidade Motora Grossa (GMAE)

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Auto-Cuidado

[Marque cada item correspondente:
escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz]

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS		incapaz 0 1
1- Come alimento batido/amassado/coado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Come alimento moído/granulado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Come alimento picado/em pedaços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Come comidas de texturas variadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS		0 1
5- Alimenta-se com os dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Pega comida com colher e leva até a boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Usa bem a colher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Usa bem o garfo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER		0 1
10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Levanta copo para beber, mas pode derramar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando as 2 mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando 1 mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D: HIGIENE ORAL		0 1
15- Abre a boca para a limpeza dos dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Segura escova de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Escova os dentes, porém sem escovação completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Escova os dentes completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Coloca creme dental na escova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E: CUIDADOS COM OS CABELOS		0 1
20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Leva pente ou escova até o cabelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Escova ou penteia o cabelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F: CUIDADOS COM O NARIZ		0 1
24- Permite que o nariz seja limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Assoa o nariz com lenço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G: LAVAR AS MÃOS		0 1
29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Lava as mãos completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33- Seca as mãos completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H: LAVAR O CORPO E A FACE		0 1
34- Tenta lavar partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Lava o copo completamente não incluindo a face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Seca o corpo completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Lava e seca a face completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE		0 1
39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J: FECHOS

- 44- Tenta participar no fechamento de vestimentas
- 45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão
- 46- Abre e fecha colchete de pressão
- 47- Abotua e desabotua
- 48- Abre e fecha o fecho de correr (ziper) separando e fechando colchete/ botão

incapaz	0 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K: CALÇAS

- 49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir
- 50- Retira calças com elástico na cintura
- 51- Veste calças com elástico na cintura
- 52- Retira calças, incluindo abrir fechos
- 53- Veste calças incluindo fechar fechos

0 1
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

L: SAPATOS / MEIAS

- 54- Retira meias e abre os sapatos
- 55- Calça sapatos/sandálias
- 56- Calça meias
- 57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro
- 58- Amarra sapatos (prepara cadarço)

0 1
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

M: TAREFAS DE TOALETE

(roupas, uso do banheiro e limpeza)

- 59- Auxilia no manejo de roupas
- 60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro
- 61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga
- 62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro
- 63- Limpa-se completamente depois de evacuar

0 1
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

N: CONTROLE URINÁRIO

(escore =1 se a criança já é capaz)

- 64- Indica quando molhou fralda ou calça
- 65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)
- 66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)
- 68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e a noite

0 1
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

O: CONTROLE INTESTINAL

(escore =1 se a criança já é capaz)

- 69- Indica necessidade de ser trocado
- 70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)
- 71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 72- Faz distinção entre urinar e evacuar
- 73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais

0 1
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Somatório da Área de Auto-Cuidado:

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

Área de Mobilidade

(Marque o correspondente para cada item; scores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO		incapaz	capaz
		0	1
1-	Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-	Fica sentado sem apoio na privada ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-	Senta e levanta de privada baixa ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-	Senta e levanta de privada própria para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-	Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS		0	1
6-	Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-	Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-	Senta e levanta de cadeira móvel baixa/infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-	Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-	Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO		0	1
11a-	Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a-	Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13a-	Entra e sai do carro sem assistência ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14a-	Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15a-	Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS		0	1
11b-	Sobe e desce do banco do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b-	Move-se com ônibus em movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13b-	Desce a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b-	Passa na roleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b-	Sobe a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS		0	1
16-	Passa de deitado para sentado na cama ou berço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-	Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-	Sobe e desce de sua própria cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-	Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO		0	1
20-	Entra no chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-	Sai do chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-	Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-	Abre e fecha box/cortinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-	Abre e fecha torneira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)		0	1
25-	Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-	Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-	Anda sem auxílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)		0	1
28-	Move-se pelo ambiente mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-	Move-se pelo ambiente sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-	Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-	Move-se entre ambientes sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-	Move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA/CARREGA OBJETOS

		incapaz	capaz
		0	1
33-	Muda de lugar intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-	Move-se concomitantemente com objetos pelo chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-	Carrega objetos pequenos que cabem em uma mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-	Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-	Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS

		0	1
38-	Anda, mas segura em objetos, adulto ou aparelhos de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-	Anda sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)

		0	1
40-	Move-se por 3 - 15 m (comprimento de um 1-5 carro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41-	Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42-	Move-se por 30 - 45 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43-	Move-se por 45m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44-	Move-se por 45m ou mais sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES

		0	1
45-	Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46-	Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47-	Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48-	Sobe e desce rampas ou inclinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49-	Sobe e desce meio-fio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L: SUBIR ESCADAS

(escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		0	1
50-	Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51-	Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52-	Sobe partes de um lance de escada (ereto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53-	Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54-	Sobe conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M: DESCER ESCADAS

(escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		0	1
55-	Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56-	Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57-	Desce parte de um lance de escada (ereto) completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58-	Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59-	Desce conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somatório da Área de Mobilidade:

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

Área de Função Social

(Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA		incapaz	capaz
		0	1
1- Orienta-se pelo som			
2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar			
3- Reconhece 10 palavras			
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis			
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos			
B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS		0	1
6- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares			
7- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas			
8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está			
9- Compreende comando de dois passos, utilizando-se se/então, antes/depois, primeiro/segundo, etc.			
10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito mas de uma forma diferente			
C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO		0	1
11- Nomeia objetos			
12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas			
13- Procura informação fazendo perguntas			
14- Descreve ações ou objetos			
15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios			
D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA		0	1
16- Usa gestos que têm propósito adequado			
17- Usa uma única palavra com significado adequado			
18- Combina duas palavras com significado adequado			
19- Usa sentenças de 4-5 palavras			
20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples			
E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA		0	1
21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo			
22- Se transformado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente ou o seu comportamento é prejudicado			
23- Se transformado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo			
24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)			
25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto			
F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)		0	1
26- Mostra interesse em relação a outros			
27- Inicia uma brincadeira familiar			
28- Aguarda sua vez em um jogo simples quando é dada dica que é sua vez			
29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira			
30- Durante a brincadeira a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia			
G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE)		0	1
31- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros			
32- Interage com outras crianças em situações breves e simples			
33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança			
34- Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças; brincadeira é complexa e mantida			
35- Brinca de jogos de regras			

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS		incapaz	capaz
		0	1
36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção			
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta			
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa			
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece			
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação			

I: AUTO-INFORMAÇÃO		0	1
41- Diz o primeiro nome			
42- Diz o primeiro e último nome			
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família			
44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto			
45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital			

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL		0	1
46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia			
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana			
48- Tem conceitos simples de tempo			
49- Associa um horário específico com atividades/eventos			
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações			

K: TAREFAS DOMÉSTICAS		0	1
51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes			
52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes			
53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las			
54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las			
55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica envolvendo vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física			

L: AUTO-PROTEÇÃO		0	1
56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas			
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes			
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança			
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos			
60- Atravessa rua movimentada com segurança na ausência de um adulto			

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA		0	1
61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente			
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente			
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários			
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão			
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência			

Somatório da Área de Função Social:

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

PEDI - 4

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente	Assistência do Cuidador						Modificações				
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Crítica	Reabilitação	Extensiva	
Área de Auto-Cuidado	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
A. Alimentação: Come e bebe nas refeições regulares; não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Higiene Pessoal: Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Banho: Lava e seca o rosto e mãos, toma banho; não inclui: entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Vestir - parte superior do corpo: Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Vestir - parte inferior do corpo: Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Banheiro: Lidar com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; não inclui: transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Soma da área de Auto-Cuidado											Freqüências
Área de Mobilidade											
A. Transferências no banheiro /cadeiras: cadeira-de-rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Transferências no carro/ônibus: mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/ abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Mobilidade na cama/transferências: subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Transferências no chuveiro: entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. Não inclui preparar para o banho.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Locomoção em ambiente interno: 15 metros; não inclui abrir portas ou carregar objetos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Locomoção em ambiente externo: 45 metros em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo (não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Escadas: subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Soma da área de Mobilidade											Freqüências
Área de Função Social											
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Expressão funcional: Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Resolução de problemas em parceria: Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Segurança: Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e tráfego.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Soma da área de Função Social											Freqüências

Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: _____ Data do teste: _____ Idade: _____
 Identificação: _____ Entrevistador: _____

SUMÁRIO DOS ESCORES

Escores Compostos

ÁREA

ÁREA		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro padrão	Escore Contínuo	Erro padrão	Escore Fit*
Auto-cuidado	Habilidades funcionais						
Mobilidade	Habilidades funcionais						
Função Social	Habilidades funcionais						
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador						
Mobilidade	Assistência do Cuidador						
Função Social	Assistência do Cuidador						

*Obtido somente com o uso de um programa de software

Modificação (frequências)

Auto-cuidado (8 itens)				Mobilidade (7 itens)				Função Social (5 itens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

Perfil dos Escores

ÁREA

ÁREA		ESCORE NORMATIVO					ESCORE CONTÍNUO				
		10	30	50	70	90	0	50	100		
Auto-cuidado	Habilidades funcionais	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				
Mobilidade	Habilidades funcionais	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				
Função Social	Habilidades funcionais	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				
Mobilidade	Assistência do Cuidador	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				
Função Social	Assistência do Cuidador	----- ----- ----- ----- -----					----- ----- ----- ----- -----				

+/- 2 erros padrões

ANEXO D - Questionário de Qualidade de Vida de Crianças com Paralisia Cerebral (CP QOL-CP)

Paralisia Cerebral

Questionário de Qualidade de Vida para as Crianças (Child-QOL CP)

QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR PRIMÁRIO

"Nós queremos lhe fazer algumas perguntas sobre como você acha que seu filho(a) se sente sobre alguns aspectos da vida dele como: a família, os amigos, a saúde e a escola." Cada pergunta inicia-se com a frase "Como você acha que o seu filho **SE SENTE** sobre...?" Dessa forma, é importante que relate como você acredita que o seu filho se sente. Algumas vezes é difícil saber o que a sua criança está sentindo. Por favor, tente responder a essas perguntas da melhor forma que puder. Você pode circular qualquer número entre 1 (muito infeliz) e 9 (muito feliz).

Este questionário medirá o que a criança sente e não o que ela pode fazer.

Aqui está um exemplo:

Como você acha que seu filho se sente sobre...

	Muito triste		Triste		Nem feliz, nem triste		Feliz		Muito Feliz
sua habilidade de brincar com os amigos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Como você acha que seu filho se sente sobre...

	Muito triste		Triste		Nem feliz, nem triste		Feliz		Muito Feliz
<u>Amigos e familiares</u>									
01 - o jeito como ele geralmente se relaciona com as pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
02 - o jeito como ele se relaciona com você?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
03 - o jeito como ele se relaciona com seus irmãos e irmãs? <input type="checkbox"/> OU Meu filho não tem irmãos ou irmãs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
04 - o jeito como ele se relaciona com outras crianças na pré-escola ou escola? Se seu filho frequenta mais de uma escola, por favor, pense na escola em que ele fica a maior parte do tempo. <input type="checkbox"/> Ou, o meu filho não frequenta pré-escola ou escola.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
05 - o jeito como ele se relaciona com outras crianças fora da pré-escola ou escola?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

06 - o jeito como ele se relaciona com adultos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
07 - o jeito como ele se relaciona com seus professores e/ou cuidadores?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
08 - a agilidade que ele tem para brincar sozinho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
09 - a agilidade que ele tem para brincar com os amigos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10 - passear com a família?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11 - como ele é aceito pela família?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12 - como ele é aceito por outras crianças da pré-escola ou escola? Se seu filho frequenta mais de uma escola, por favor, pense na escola em que ele fica a maior parte do tempo. <input type="checkbox"/> Ou, o meu filho não frequenta pré-escola ou escola.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13 - como ele é aceito por outras crianças fora da pré-escola ou escola?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14 - como ele é aceito pelos adultos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15 - como ele é aceito pelas pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16 - sobre a agilidade dele fazer as coisas que ele gosta de fazer?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

<u>Participação</u>	Muito triste	Triste	Nem feliz, nem triste	Feliz	Muito Feliz				
17 - a participação dele na pré-escola ou escola? Se seu filho frequenta mais de uma escola, por favor, pense na escola em que ele fica a maior parte do tempo. <input type="checkbox"/> Ou, o meu filho não frequenta pré-escola ou escola.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18 - a agilidade que ele tem nas brincadeiras e jogos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19 - a agilidade que ele tem para participar de esportes? (Esta questão está perguntando como o seu filho se sente sobre a habilidade dele em participar de esportes, não se ele consegue participar).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20 - a participação dele em atividades sociais fora da pré-escola ou escola, tais como ir à igreja, ao clube, cinema, teatro, etc...?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21 - a capacidade que ele tem para participar de sua comunidade ou bairro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Muito triste</i>		<i>Triste</i>		<i>Nem feliz, nem triste</i>		<i>Feliz</i>		<i>Muito Feliz</i>
Comunicação									
22 - o jeito como ele se comunica com as pessoas que ele conhece? (Usando qualquer meio de comunicação)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23 - o jeito como ele se comunica com as pessoas que ele não conhece bem? (Usando qualquer meio de comunicação)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24 - a maneira que as outras pessoas se comunicam com ele?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Muito triste</i>		<i>Triste</i>		<i>Nem feliz, nem triste</i>		<i>Feliz</i>		<i>Muito Feliz</i>
Saúde									
25 - a saúde dele?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26 - sobre o jeito que ele se locomove?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27 - como ele dorme?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28 - a aparência dele?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29 - a capacidade dele para acompanhar academicamente seus colegas na aula?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30 - a capacidade física dele para acompanhar seus colegas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31 - a vida dele em geral?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32 - ele mesmo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33 - o futuro dele?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34 - as chances que ele tem na vida? (por exemplo: tratamento, escola, os materiais adaptados que dispõe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

As próximas 3 perguntas se referem a como é que o seu filho se sente quanto ao uso de partes ou membros de seu corpo, e não sobre se o seu filho pode usar partes ou membros de seu corpo.

Como você acha que seu filho se sente sobre...

	<i>Muito triste</i>		<i>Triste</i>		<i>Nem feliz, nem triste</i>		<i>Feliz</i>		<i>Muito Feliz</i>
35 - o jeito como ele usa os braços?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36 - o jeito como ele usa as pernas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37 - o jeito como ele usa as mãos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

As próximas 3 questões referem-se a como o seu filho se sente sobre sua capacidade de realizar as atividades diárias, e não se seu filho pode realizar essas atividades.

Como você acha que seu filho se sente sobre...

	Muito triste	Triste	Nem feliz, nem triste	Feliz	Muito Feliz				
38 - a capacidade dele para se vestir?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39 - a capacidade dele de comer ou beber sozinho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40 a capacidade dele para usar o banheiro sozinho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Equipamentos Especiais

	Muito triste	Triste	Nem feliz, nem triste	Feliz	Muito Feliz				
41 - os equipamentos especiais que ele tem em casa? (cadeira adaptada, equipamento para ele ficar em pé, cadeira de rodas, andadores) <input type="checkbox"/> OU meu filho não precisa de nenhum equipamento especial em casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42 - os equipamentos especiais que ele tem na escola? (cadeira adaptada, equipamento para ele ficar em pé, cadeira de rodas, andadores) <input type="checkbox"/> OU meu filho não precisa de nenhum equipamento especial na escola	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43 - os equipamentos especiais para circulação que estão disponíveis na sua comunidade, bairro ou vila (rampas, escadas rolantes, elevador, esteira rolante, elevador de ônibus, local especial para cadeiras de rodas) <input type="checkbox"/> OU meu filho não precisa de nenhum equipamento especial na comunidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

As próximas perguntas são sobre coisas que podem aborrecer/chatear o seu filho.

Dor e incomodo

	Não fica chateado	Fica muito chateado							
44 - Seu filho fica chateado quando precisa ir ao hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45 - Seu filho fica chateado quando perde aula por estar doente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46 - Seu filho fica chateado quando outras pessoas mexem nele?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
47 - Seu filho se preocupa com quem irá cuidar dele no futuro?	1	2	3	4	5

Agora, algumas perguntas finais sobre seu filho:

	<i>Não muito preocupado</i>								<i>Muito preocupado</i>
48 - Seu filho se sente preocupado por ter paralisia cerebral?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Não sente dor</i>								<i>sente muita dor</i>
49 - Quanta dor seu filho sente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Não se sente incomodado</i>								<i>Sente-se muito incomodado</i>
50 - Como é que seu filho se sente sobre a quantidade de dor que ele tem?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Não sente desconforto</i>								<i>sente muito desconforto</i>
51 - No dia a dia, quanto desconforto seu filho sente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	<i>Muito triste</i>		<i>triste</i>		<i>Nem feliz, nem triste</i>		<i>Feliz</i>		<i>Muito Feliz</i>
52 - Quanto feliz é o seu filho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

As próximas perguntas são sobre você e como você se sente sobre o acesso aos serviços

Como você se sente sobre...									
<u>ACESSO A SERVIÇOS</u>	<i>Muito triste</i>		<i>Triste</i>		<i>Nem feliz, nem triste</i>		<i>Feliz</i>		<i>Muito Feliz</i>
53 - seu filho ter acesso a tratamentos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54 - sobre seu filho ter acesso a terapias (por exemplo, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55 - seu filho ter acesso aos médicos especializados (ortopedistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc...) ou a cirurgias?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56 - sua capacidade para compreender as orientações do médico pediatra?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57- sobre ter acesso a um cuidador (pessoa que o ajude a realizar os cuidados com seu filho na maior parte do tempo)? <input type="checkbox"/> Ou eu nunca tentei acessar um cuidador (por favor, pule as próximas duas questões sobre cuidador).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58 - a quantidade de cuidadores que você tem?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59 - o quanto é fácil para se obter um cuidador?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60 - o seu filho ter acesso aos serviços e recursos da comunidade (ex: educação infantil (pré-escola), creches, atividades extra-curriculares, programas de férias, grupos comunitários (escoteiros, comunidades religiosas)).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61 - o seu filho ter acesso ao reforço escolar?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Agora algumas perguntas sobre você:

Como você se sente sobre...									
	Muito triste		Triste		Nem feliz, nem triste		Feliz		Muito Feliz
SAÚDE DA FAMÍLIA									
62 - sua saúde física?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63 - sua situação no trabalho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64 - a situação financeira da sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65 - o quanto você está feliz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Pouco satisfeito								Muito satisfeito
66 - responder as questões sobre o seu filho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Obrigado por nos ajudar com as nossas perguntas. Bom trabalho!

ANEXO E – Normas da revista



ISSN 2526-8910

ORIENTAÇÕES PARA AUTORES

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais devem ser encaminhados aos *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* por meio eletrônico no site: www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br

FORMATO

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

Os artigos submetidos deverão atender aos critérios de estruturação para a sua apresentação e de acordo com as diretrizes apontadas a seguir. É sugerido aos autores que façam um *checklist* quanto à estrutura do artigo antes de submetê-lo ao periódico. Os artigos que não atenderem aos itens mencionados serão devolvidos aos autores para adequação anteriormente à avaliação pelos Revisores *ad hoc*. Seguem abaixo as diretrizes para elaboração da: 1) Folha de Rosto e 2) Estrutura do Texto.

1. Folha de rosto

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável (endereço institucional) e fonte de financiamento.

Título: Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nos três idiomas (espanhol, português e inglês).

Informar, em nota de rodapé, se o material é parte de pesquisa e/ou intervenção.

No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos. No caso de análise de intervenções, indicar se todos os procedimentos éticos

necessários foram realizados. Informar, ainda, se o texto já foi apresentado em congressos, seminários, simpósios ou similares.

Autores: Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país). O periódico aceita um número máximo de cinco autores por artigo.

Contato: Indicar autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço institucional (instituição, rua, CEP, cidade, unidade da federação, país), endereço eletrônico e telefone para contato.

Fonte de Financiamento: O(s) autor(es) deverá(ão) informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

Agradecimentos: Se houver, devem vir ao final das referências.

Contribuição dos autores: O(s) autor(es) deve(m) definir a contribuição efetiva de cada um no trabalho. Indicar qual a colaboração de cada autor com relação ao material enviado (i.e.: concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão etc.).

O(s) autor(es) deverá(ão) dispor em nota de rodapé a afirmação de que a contribuição é original e inédita e que o texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

1. Estrutura do Texto

Resumo e Abstract: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Método, Resultados e Conclusão). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave deverão vir separadas por vírgulas. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – <http://decs.bvs.br>) e/ou o Sociological Abstracts.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem

estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos.

Figuras: As figuras (diagramas, gráficos, quadros, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem ser encaminhadas em arquivos separados com a respectiva legenda. Todo diagrama, gráfico, quadros, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

Os artigos podem apresentar no máximo cinco figuras e/ou tabelas .

Citações e Referências

Citações no texto: Quando o nome do autor estiver incluído na sentença, deve estar grafado com as iniciais maiúsculas e com a indicação da data. Ex: Segundo Silva (2009). Se o nome do autor vir entre parênteses, esse deve estar grafado em letras maiúsculas. Quando houver mais de um autor, os nomes devem estar separados por ponto e vírgula. Ex: (SILVA; SANTOS, 2010). Se os autores estiverem incluídos no corpo do texto/sentença, os nomes deverão vir separados pela letra “e”. Ex: Segundo Amarantes e Gomes (2003); Lima, Andrade e Costa (1999). Quando existirem mais de três autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o primeiro autor seguido da expressão “et al.”. Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada).

Referências: Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023/2002. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente, conforme os exemplos:

Livro:

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Capítulo de livro:

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

Artigo de periódico:

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo: um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004.

Tese:

MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

Documentos eletrônicos:

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Cidades@*: São Carlos. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2008.

Registro de ensaios clínicos

O periódico *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da *Organização Mundial da Saúde* – OMS e do *International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, quando se tratar de pesquisa clínica, somente serão aceitos para publicação os artigos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (http://www.icmje.org/faq_clinical.html). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Ficha de Identificação da Criança e seus Responsáveis

Nome ou iniciais do nome da criança:

Data de nascimento: __/__/____ Idade: _____ Prontoúario:

Cor: _____ Sexo: _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: () pré-escola () ensino fundamental () ensino médio

Comprometimento motor:

Topografia: _____

Tipo de tônus: _____

Diagnóstico médico:

No de filhos e ordem de nascimento: _____

Epilepsia: () sim () não

Uso de medicação: () sim () não Quais? _____

Dieta: () via oral () gastrostomia () sonda nasogástrica

Seu filho esteve doente, hospitalizado ou internado recentemente? () sim () não

Em caso afirmativo, especifique: _____

Dados do informante

Informante: () pai () mãe () responsável

() grau de parentesco: _____

Sua data de nascimento: __/__/____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____

Escolaridade: () pré-escola () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados da mãe

Data de nascimento: __/__/____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____

Escolaridade: () pré-escola () ensino fundamental

ensino médio ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados do pai

Data de nascimento: __/__/____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____

Escolaridade: pré-escola ensino fundamental

ensino médio ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados da família

Pais: vivem juntos não vivem juntos

Renda familiar: _____

Cuidador: pai mãe outro: _____